

Mestrado em Enfermagem

**Área de Especialização de Enfermagem Médico-
Cirúrgica Vertente de Enfermagem Nefrológica**

Relatório de Estágio

**IMPORTÂNCIA DO PAPEL DO ENFERMEIRO NA
CONSULTA DE ESCLARECIMENTO – QUE
REALIDADE?**

JOÃO PEDRO MADEIRA DA COSTA PINTO

LISBOA

2016

A decorative graphic in the bottom right corner of the page, featuring several thick, curved green lines that sweep upwards and to the right, creating a sense of dynamic movement.

Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização de Enfermagem Médico- Cirúrgica Vertente de Enfermagem Nefrológica

Relatório de Estágio

IMPORTÂNCIA DO PAPEL DO ENFERMEIRO NA CONSULTA DE ESCLARECIMENTO – QUE REALIDADE?


JOÃO PEDRO MADEIRA DA COSTA PINTO

Orientador: Professora Maria Eulália Leite da Mota Novais

LISBOA

2016

Não contempla as correções resultantes da discussão pública



AGRADECIMENTOS

Agradeço à professora Eulália Novais pela orientação e esclarecimentos;

À Enfermeira Casimira Carvalho, pelos conselhos, apoio e disponibilidade
demonstrada;

Às Enfermeiras Teresa Alves e Caria Sengo, orientadoras dos campos de estágio, pela
disponibilidade e apoio, fundamentais para a execução dos objetivos propostos;

À minha família, em especial aos meus filhos, pela inspiração dada.

Muito obrigado a todos

LISTA DE SIGLAS

APIR – Associação Portuguesa de Insuficientes Renais

CEAPIR – Federação Europeia dos Doentes Renais

DGS – Direção Geral de Saúde

DP – Diálise Peritoneal

DPA – Diálise Peritoneal Automática

DPCA – Diálise Peritoneal Contínua Ambulatória

DRC – Doença Renal Crónica

EAV – Enxerto arteriovenoso

EDTNA/ERCA – *European Dialysis and Transplant Nurses Association/European Renal Care Association*

FAV – Fístula arteriovenosa

HD – Hemodiálise

MACR – Modelo de Adaptação de Callista Roy

NKF/KDOQI – *National Kidney Foundation/Kidney Disease Outcomes Quality Initiative*

OE – Ordem dos Enfermeiros

PET – Teste de Eficácia Peritoneal

SPN – Sociedade Portuguesa de Nefrologia

TSR – Técnica de Substituição Renal

RESUMO

Com o crescente aumento de doentes em fase terminal da doença renal crónica (DRC), a Direção Geral de Saúde (DGS) criou em 2011 a norma 017. Esta norma tornou obrigatório o esclarecimento sobre as técnicas de substituição renal (TSR) atualmente existentes, em todos os serviços hospitalares de nefrologia, devendo esta consulta cumprir requisitos próprios. Um dos requisitos é a existência de uma equipa multidisciplinar para a mesma, com intervenção de enfermagem. O enfermeiro tem um papel fundamental na fase de pré-diálise, intervindo na educação e adaptação do doente renal crónico, potencializando este para a escolha da sua TSR. Assim, surgiu o tema: Consulta de esclarecimento: que realidade? Através de uma análise qualitativa e após aplicar um questionário, permitiu determinar a razão da pertinência do enfermeiro nesta consulta; as dificuldades destes profissionais durante a consulta; as dificuldades dos doentes durante a consulta e qual o benefício da norma 017 de 2011 da DGS para o papel do enfermeiro. Foi utilizada análise de conteúdo para tratar os dados obtidos.

As principais conclusões deste trabalho vão ao encontro da literatura consultada, onde destaco a importância do enfermeiro nesta consulta, por ter um papel essencial no “ensino/esclarecimento” e por fomentar uma relação particular entre “enfermeiro-doente” fundamental para o processo terapêutico. Como dificuldades nesta consulta, a “escassez de outras profissões” e a “dificuldade em transmitir a informação”, correspondem às dificuldades sentidas pelos enfermeiros durante a consulta de esclarecimento. Em relação às dificuldades dos doentes aquando da consulta de esclarecimento, o “desconhecimento/falta de informação” e as “dificuldades na compreensão da informação”, dão ênfase à importância de um acompanhamento precoce destes doentes por uma equipa multidisciplinar. Por fim, a norma 017 de 2011 da DGS, não terá trazido nenhum benefício complementar em relação ao papel de enfermagem aquando deste esclarecimento, embora os enfermeiros considerem que a norma orienta o tipo de informação a transmitir e reforça o papel dos profissionais de saúde na fase pré-diálise, nomeadamente a dos enfermeiros. Esta norma não dá nenhuma orientação de como a consulta de esclarecimento deverá ser estruturada, fornecendo somente o conteúdo a transmitir para a educação ao doente.

Palavras-chave: Pré-diálise; Enfermagem; Doença renal crónica; Modalidades de tratamento; Educação

ABSTRACT

With the increasing number of patients in terminal stage of chronic kidney disease, the General Health Administration created, in 2011, the 017 standard. This norm established mandatory clarification on renal replacement techniques that currently exist, in all nephrology hospital services, and need to fulfil specific requirements. One of these requirements is the existence of a multidisciplinary team with nursing intervention. Nurses have a key role in the pre-dialysis phase, intervening in education and adjustment of patients with chronic kidney disease, increasing the patient's choice in the renal replacement techniques. Thus, the topic emerged: **What is the reality of the patient's clarification regarding the renal replacement techniques?** Through a qualitative analysis and after applying a questionnaire, allowed to determine the reason for the relevance of the nurse in this consultation; the difficulties faced by these professionals during the consultation; the patients difficulties during the consultation and also the benefit of the norm 017, in the role of the nurse. Content analysis was performed to treat the obtained data.

The conclusions of this work are similar to other authors that highlight the importance of the nurse in this consultation, the key-role in "teaching/clarifying" and promoting a special relationship between "nurse-patient", critical to the therapeutic process. The "shortage of other professions" and "difficulty in transmitting information," correspond to the difficulties experienced by nurses during the patient's clarification regarding the renal replacement techniques. The patient's difficulties during the consultation are due to "lack of knowledge and information" and "difficulties in understanding the information". These difficulties reveal the importance of an early monitoring of the patients by a multidisciplinary team. Finally, the standard 017 created in 2011 by the General Health Administration, will not bring any additional benefit in relation to the nursing role. However, nurses consider that the standard 017 guides the type of information to be transmitted and reinforces the role of health professionals in the pre-dialysis phase, particularly the nurses. The standard 017 despite providing guidelines in terms of content towards education for the patients, gives no guidance in structuring of the patient's clarification regarding the renal replacement techniques.

Key Words: Pre-dialysis; Nurse; Chronic kidney disease; Renal replacement therapy; Education

ÍNDICE	Pág.
INTRODUÇÃO	9
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	12
1.1. Norma 017/2011 da DGS	13
1.2. Consulta de esclarecimento	15
1.3. Importância do enfermeiro na fase pré-diálise e o <i>empowerment</i>	18
1.4. Modelo de adaptação de Callista Roy	21
1.5. Competências de enfermeiro especialista a desenvolver	24
2. ENSINO CLÍNICO E TRABALHO DESENVOLVIDO	27
2.1. Hospital A	27
2.1.1. Consulta de enfermagem de pré e pós transplante	28
2.1.2. Unidade de Diálise Peritoneal	30
2.1.3. Consulta de acessos vasculares	32
2.1.4. Consulta de esclarecimento	34
2.1.5. Unidade de Hemodiálise e Hospital de Dia	39
2.1.6. Unidade de Internamento	40
2.1.7. Apreciação final do ensino clínico no Hospital A	42
2.2. Hospital B	43
2.2.1. Consulta de enfermagem nefrológica	44
2.2.2. Consulta de esclarecimento	47
2.2.3. Apreciação final do ensino clínico no Hospital B	49
3. PESQUISA REALIZADA DURANTE O ENSINO CLÍNICO	51
3.1. Tipo de estudo	51
3.2. Participantes	52
3.3. Método de colheita de dados	52
3.4. Análise e discussão de dados	53
3.4.1. Importância do enfermeiro na consulta de esclarecimento	53
3.4.2. Dificuldades sentidas pelos enfermeiros durante a consulta de esclarecimento	55

	Pág.
3.4.3. Dificuldades dos doentes percecionadas pelos enfermeiros durante a consulta de esclarecimento	58
3.4.4. A norma 017/2011 da DGS e os benefícios para o papel do enfermeiro	60
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS	62
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	68
 ANEXOS	 76
ANEXO I – Norma 017/2011 da DGS	
ANEXO II – Avaliação do ensino clínico do Hospital A	
ANEXO III – Avaliação do ensino clínico do Hospital B	
 APÊNDICES	 117
APÊNDICE I – Análise dos artigos obtidos pela <i>EBSCO</i>	
APÊNDICE II – Caraterização física do serviço de nefrologia do Hospital A	
APÊNDICE III – Caraterização física do serviço de nefrologia do Hospital B	
APÊNDICE IV – Apresentação audiovisual para a consulta de esclarecimento do Hospital A	
APÊNDICE V – Diapositivos para a formação em serviço sobre a norma 017 de 2011 da DGS no Hospital A	
APÊNDICE VI – Panfletos sobre Hemodiálise e Diálise Peritoneal para a consulta de esclarecimento do Hospital B	
APÊNDICE VII – Respostas dos participantes ao questionário	

ÍNDICE DE QUADROS E GRÁFICOS

Pág.

QUADROS

Quadro 1. Importância do enfermeiro na consulta de esclarecimento	53
Quadro 2. Dificuldades sentidas pelos enfermeiros durante a consulta de esclarecimento	55
Quadro 3. Dificuldades dos doentes percebidas pelos enfermeiros durante a consulta de esclarecimento	58

GRÁFICOS

Gráfico 1. Número de consultas de esclarecimento realizadas no ano de 2013	35
---	----

INTRODUÇÃO

A doença renal crónica (DRC) é atualmente considerada um problema de saúde pública a nível mundial, pelas elevadas taxas de prevalência e incidência (National Kidney Foundation, 2002, pp.1). Com o aumento da esperança de vida das populações acresce a probabilidade de surgirem doenças crónicas que contribuem para o aparecimento da doença renal. A diabetes é, presentemente, o principal fator etiológico de DRC em Portugal, seguido da hipertensão (Sociedade Portuguesa de Nefrologia, 2014).

Segundo a Sociedade Portuguesa de Nefrologia (SPN), verificou-se em 2014 um aumento de 3% de incidência de doentes a iniciar uma técnica de substituição renal (TSR). Em 2014 a hemodiálise (HD) continua a ser a TSR com o maior aumento da incidência em comparação com a diálise peritoneal (DP). Somente 8,8% dos doentes que iniciaram uma TSR em 2014 optaram por DP. Deste valor, 6,1% corresponde ao número de doentes prevalentes em diálise.

Para os doentes no último estadio¹ da DRC, o único modo de garantir a sua sobrevivência é iniciar uma modalidade terapêutica como a HD, a DP ou o transplante renal. A Direção Geral da Saúde (DGS), com o objetivo de uniformizar o esclarecimento aos doentes sobre as modalidades terapêuticas de substituição renal, para que estes possam fazer uma escolha mais consentida, criou a norma 017/2011 (Anexo I). Com esta norma surgiu a necessidade de implementar uma consulta de esclarecimento sobre as TSR nos serviços hospitalares de nefrologia, incluindo informação sobre tratamento médico conservador, quando indicado. A consulta deve ser realizada por uma equipa multidisciplinar integrando nefrologista, enfermeiro, assistente social e dietista. Esta norma defende que a referenciação à consulta de esclarecimento deve ser feita no estadio IV da doença, antes do início da TSR, sendo esta consulta obrigatória para qualquer doente com DRC, mesmo aquele que inicia HD de urgência. Contudo, esta não fornece uma estrutura à própria consulta, ficando esta ao critério dos profissionais. Com a introdução desta norma, tornou-se também obrigatória a assinatura do consentimento informado, antes do início da TSR escolhida.

¹Para uma abordagem uniformizada a nível mundial e potencializar os resultados dos cuidados ao doente renal crónico, a DRC foi dividida em cinco estadios de evolução. Este estadiamento traduz a lesão renal existente, sendo que o quinto estadio pressupõe a necessidade de iniciar uma TSR. Esta classificação da doença facilita a monitorização da função renal e consequentemente, a aplicação de diretrizes clínicas que direcionam os cuidados com o intuito de melhorar a qualidade na avaliação e gestão da doença (NKF, 2002, pp. 43-44).

Como a escolha da TSR é um momento gerador de stress e de incerteza em relação ao futuro, torna-se fundamental que os profissionais de saúde implementem um programa educacional precoce para ajudar estes doentes a ultrapassar essa adversidade. Informar, educar e treinar a pessoa para a adversidade vindoura, é capacitá-la para lidar tando com a sua doença crónica, como com a TSR escolhida previamente, tendo em conta o seu estilo de vida e a sua condição de saúde (Iles-Smith, 2005, pp. 130 e 131). É neste pressuposto que o enfermeiro tem um papel fundamental na fase de pré-dialise: contribuir na adaptação destes doentes. Dotar o enfermeiro especialista de competências² que favoreçam a educação, informação e esclarecimento precoce do doente com DRC, torna-se essencial para contribuir para o processo de adaptação deste à doença e consequentemente a uma TSR. O modelo conceptual escolhido para orientar as minhas intervenções à pessoa com DRC em fase pré-diálise foi o Modelo de Adaptação³ de Callista Roy (MACR).

A implementação da norma 017/2011 da DGS nos serviços hospitalares de nefrologia preconiza que o esclarecimento da TSR aos doentes tenha a participação do enfermeiro. A questão de orientação para o estudo traduz-se na importância do papel do enfermeiro na consulta de esclarecimento e de que forma o enfermeiro ajuda na escolha que o doente realiza.

Assim, no âmbito da Unidade Curricular de Estágio com Relatório, foi proposto a realização de um estágio que possibilitasse a aquisição de competências, para a obtenção do grau de Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, vertente Nefrológica. O estágio foi realizado em dois serviços de nefrologia de dois Hospitais de Lisboa e teve em consideração as Competências definidas pela Ordem dos enfermeiros (OE) e pela *European Dialysis and Transplant Nurses Association/European Renal Care Association* (EDTNA/ERCA)⁴, uma vez que estas competências específicas não estão regulamentadas em Portugal.

A criação desta norma vem ao encontro das recomendações do inquérito intitulado “Tratamento desigual para doentes renais na Europa” da Federação Europeia dos Doentes Renais (CEAPIR) de 2011. Este estudo foi apresentado pela Associação Portuguesa dos

²Competência “é ter capacidade de agir eficazmente numa determinada situação, apoiada em conhecimentos, e este conhecimento resulta da experiência pessoal, do senso comum, da cultura, pesquisa tecnológica e científica” (Sousa, 2013). Estas serão discriminadas no subcapítulo 1.5.

³Roy considera adaptação um processo e resultado das pessoas enquanto sistemas adaptativos holísticos, isto é, “seres pensantes e sensíveis” que sujeitos a estímulos externos e internos no seu ambiente, desenvolvem respostas ineficazes ou respostas adaptativas. O objetivo de enfermagem será “a promoção da adaptação” das pessoas ou grupos “através da apreciação dos seus comportamentos”, contribuindo assim para a saúde e qualidade de vida (Tomey et al, 2004, pp. 307 - 308).

⁴EDTNA/ERCA é uma associação constituída por enfermeiros de vários países europeus, que desenvolveu um trabalho com pormenor, onde define e expõe as competências do enfermeiro em Nefrologia, abrangendo as várias valências desta especialidade (Chamney, 2007).

Insuficientes Renais (APIR) e conclui que em Portugal, os doentes precisavam de receber mais informação ou reabilitação para os ajudar a lidar com a doença no seu dia-a-dia; 40% dos inquiridos não tiveram possibilidade de escolher o tratamento de substituição renal e mais de dois terços consideraram que a informação facultada sobre as técnicas de diálise foi insuficiente.

Neste relatório destaco a descrição do meu percurso nos locais de estágio, as aprendizagens, pensamentos e reflexões e ainda as conclusões que fui obtendo ao contactar com a realidade sobre os cuidados ao doente renal em fase de pré-diálise. O quadro de referência que orientou o desempenho clínico nos campos de estágio foi o de Benner (2001). Para alcançar as competências e para dar resposta à temática em estudo, realizei ensino clínico num hospital que apresentava todas as valências em nefrologia (HD, DP, internamento e consultas), ficando designado como Hospital A; e noutro hospital em que prestei cuidados apenas na consulta de enfermagem em nefrologia e participei na consulta de esclarecimento das TSR. Este hospital será identificado como Hospital B. Os objetivos específicos para cada campo de estágio estão definidos no capítulo 2.

O presente relatório foi estruturado em quatro partes. A primeira parte será constituída pelo enquadramento teórico, que inclui a norma 017/2011 da DGS e a razão do seu aparecimento; a consulta de esclarecimento; a importância do enfermeiro na fase pré-diálise e o *Empowerment*; o Paradigma⁵ da Enfermagem relativamente à aplicação do MACR na abordagem ao doente renal crónico e as competências do enfermeiro especialista a desenvolver. A segunda parte corresponde à análise das atividades desenvolvidas nos dois campos de estágio e a respetiva reflexão. A terceira parte diz respeito ao estudo qualitativo sobre a importância do enfermeiro na consulta de esclarecimento; as principais dificuldades dos enfermeiros na consulta de esclarecimento; as principais dificuldades dos doentes percecionadas pelos enfermeiros na consulta de esclarecimento e os benefícios da norma 017 no trabalho do enfermeiro em relação ao esclarecimento do doente renal crónico. A quarta parte corresponde às considerações finais do trabalho realizado, onde são expostas as principais dificuldades no desenvolvimento deste relatório e questões que foram emergindo com a realização do mesmo.

⁵Os paradigmas resultam das grandes correntes de pensamento ou maneiras de ver e compreender o mundo, sendo os paradigmas responsáveis por influenciar todas as disciplinas (Kérrouac, Pepin, Ducharme, Duquette & Major, 1994, pp. 2).

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

A introdução da norma 017 de 2011 da DGS nos serviços de nefrologia ainda é muito recente e por essa razão, não foi encontrado nenhum estudo sobre o papel do enfermeiro na consulta de esclarecimento. Perante a temática que dá origem à realização do ensino clínico e concomitantemente deste relatório, efetuei uma pesquisa tendo em conta a informação acerca do papel do enfermeiro para a escolha da TSR por parte das pessoas adultas com doença renal crónica em estadio IV. Consultei artigos em revistas Portuguesas da especialidade e efetuei uma pesquisa, com apoio do motor de busca *EBSCOhost* a partir do qual acedi às bases de dados *CINAHL Plus with Full Text* e *MEDLINE with Full Text*.

Os critérios de inclusão utilizados na pesquisa foram: data de publicação dos artigos entre 2005 e 2014; artigos com texto completo; artigos relacionados com o ensino ao doente renal crónico adulto em pré-diálise; artigos relacionados com os cuidados de enfermagem ao doente adulto em pré-diálise; artigos que referenciassem barreiras na escolha da TSR; artigos que fossem uma revisão da literatura; artigos relacionados com a família, o *empowerment* e adaptação.

Como a temática remete para a consulta de esclarecimento sobre as modalidades de tratamento para a DRC, a pesquisa obtida na *EBSCO* só foi conseguida através da realização de várias pesquisas, utilizando diferentes palavras-chave⁶. Assim, inicialmente como palavras-chave utilizei: *pre-dialysis and nurse*, tendo obtido catorze resultados dos quais foram escolhidos cinco artigos que cumpriam os critérios de inclusão. Realizei nova pesquisa com termos que fossem mais direcionados para a obtenção de artigos sobre as modalidades terapêuticas de substituição renal como: *ESRD*⁷ *and Modality and Choice*. Obtive onze resultados, tendo selecionado um artigo. Após nova pesquisa com os termos *pre-dialysis and education and adaptation*, obtive cinco resultados. Destes, foram selecionados quatro que dessem continuidade ao enquadramento teórico. O resultado da análise dos artigos encontra-se em Apêndice I. Assim, no total utilizei dez artigos pertinentes para realizar o enquadramento teórico sobre a fase de pré-diálise, nomeadamente a importância da intervenção da enfermagem no ensino e adaptação do doente em pré-diálise.

⁶As palavras-chave utilizadas foram em inglês.

⁷Abreviatura inglesa para *End state renal disease*.

1.1. Norma 017/2011 da DGS

A norma 017 criada pela DGS em 2011 surge para dar resposta aos resultados do inquérito realizado a nível Europeu por parte da CEAPIR⁸ que no mesmo ano, quis compreender a situação real sobre o tratamento do doente renal crónico para melhor defender os interesses dos mesmos. Assim, é realizado um inquérito designado por “Tratamento desigual para os doentes renais europeus”, com o intuito de avaliar a perceção dos doentes renais crónicos acerca da informação, acesso e escolha da TSR. Foram analisadas 3867 respostas em 13 línguas. Como mudanças necessárias, verificaram:

- É necessário disponibilizar informação completa e de fácil compreensão sobre a insuficiência renal crónica.
- Os doentes devem ser informados de forma clara e imparcial sobre todas as opções de tratamento.
- Os doentes precisam ser informados sobre os seus direitos, bem como responsabilidade para estarem envolvidos nas decisões.
- Os profissionais de saúde devem aceitar os doentes bem informados como parceiros nas tomadas de decisão e gestores dos seus próprios cuidados de saúde.
- Identificar a insuficiência renal antes da fase terminal, é essencial para melhorar o cuidado dos doentes na Europa. (APIR, Divulgação dos resultados do inquérito da CEAPIR, 2011)

No geral constataram que, um em cada cinco doentes não recebiam a informação considerada útil sobre a DRC e sobre os métodos de tratamento de substituição antes de chegar ao último estadió da doença; quase dois terços dos doentes não recebiam formação nem reabilitação para ajudar a conciliar a doença com a sua vida diária e que, um em cada quatro doentes começam diálise passados três meses da doença ser diagnosticada. Dos doentes inquiridos neste estudo, 25% já necessitavam de tratamento urgente quando foram diagnosticados. Com este inquérito ficou ainda demonstrado que os doentes informados sobre a sua doença e envolvidos na escolha da TSR apresentam taxas de satisfação elevadas em relação ao seu tratamento, logo uma melhor qualidade de vida. Em termos nacionais, a conclusão do inquérito que mais sobressai, é a elevada percentagem de doentes que não tiveram oportunidade de escolher a TSR que mais se adequa à sua condição de saúde e estilo de vida. Cerca de 40% dos inquiridos, ou seja, 4

⁸Organização europeia constituída por vinte e uma associações de doentes renais de vários países europeus, sendo a APIR o membro representante de Portugal. A CEAPIR tem como principal objetivo melhorar o tratamento e condições dos doentes renais crónicos, através da troca de informação e de experiências entre os membros representantes e pela influência que esta organização faz sobre os órgãos governamentais de cada país. Atualmente, a principal causa da CEAPIR é a promoção para a deteção precoce da DRC (CEAPIR, 2015).

em 10 pessoas com insuficiência renal crónica, não tiveram a possibilidade de escolher a sua TSR e mais de dois terços dos inquiridos consideraram que a informação facultada sobre as TSR disponíveis terá sido muito insuficiente.

Estes resultados vieram realçar a pertinência de informar, educar e aconselhar o doente renal crónico sobre a sua doença e sobre os tratamentos existentes, com a garantia de melhoria na sua adaptação e qualidade de vida (Cabete, 2012). É por este motivo que um dos desafios atuais em nefrologia, é permitir ao doente, caso não haja contraindicação, escolher a TSR que mais se adequa à sua realidade, após ser devidamente informado (Vinhas, 2013, pp. 8).

Surge assim pela DGS em 2011 a norma 017, que veio tornar obrigatório nos serviços hospitalares de nefrologia, uma consulta que garantisse o esclarecimento das diferentes modalidades de tratamento da DRC, ficando designada por consulta de esclarecimento. A aplicabilidade desta norma iniciou-se em Janeiro de 2012, tornando esta consulta obrigatória para todos os doentes com insuficiência renal, mesmo aqueles que têm que induzir HD de urgência. Em relação aos doentes seguidos em consulta de nefrologia, estes devem ser referenciados à consulta de esclarecimento quando atingem o estadio IV, ou seja, em fase de pré-diálise (DGS, norma 017, 2011, pp. 1). Esta referenciação no estadio IV, vai ao encontro das *guidelines* da *National Kidney Foundation* (NKF, 2006), que propõe o início da educação do doente renal crónico neste estadio da doença, pela vantagem que tem demonstrado na sua adaptação e na redução de custos para a saúde. Contudo, é necessário ter em consideração que a progressão da doença não é previsível e que a assimilação da informação não é igual a todas as pessoas.

Para além da consulta de esclarecimento ter que obedecer a 4 requisitos obrigatórios⁹, esta norma tornou ainda obrigatória a presença do consentimento informado assinado pelo doente, no processo clínico do mesmo. Para a assinatura do consentimento é fundamental o papel dos profissionais de saúde em exercer o seu “dever de informar adequadamente o doente, bem como o de proceder, se for caso disso, ao ajustado aconselhamento, de acordo com as especificidades de cada caso clínico, sem prejuízo da livre opção do doente” (DGS, norma 017, 2011, pp. 2). É preciso referir que a assinatura do consentimento não tem caráter vinculativo, isto é, se o doente escolher HD como TSR não inviabiliza a possibilidade de escolher DP mais tarde ou vice-versa.

Apesar da transplantação renal ser considerada a modalidade terapêutica de eleição para a DRC, quer pelo reduzido custo na saúde, quer pela maior qualidade de vida

⁹Expostos no subcapítulo 1.2.

que proporciona, esta só está indicada para determinados insuficientes renais. Das pessoas que estão em lista de espera para transplante renal, somente 1 em cada 3 é transplantada (Portal da diálise, s.d.).

Para o esclarecimento do doente, preconiza-se ainda a entrega do guia de esclarecimento anexado à norma 017 ao doente e família, antes deste proceder à assinatura do consentimento informado. Orienta ainda a intervenção médica para situações em que o doente não pode manifestar a sua vontade ou então, não beneficia de uma das modalidades de tratamento existentes para a DRC (HD, DP e o transplante), guiando a equipa de saúde para a aplicação do tratamento médico conservador (DGS, norma 017, 2011, pp. 2-4). Para auxiliar na intervenção dos profissionais, a norma contém em anexo um algoritmo para decisão da TSR, quer para o doente renal crónico seguido em consulta, quer para o doente que não é seguido em consulta mas que induz HD de urgência (DGS, norma 017, 2011, pp. 14).

A aplicabilidade desta norma é da responsabilidade dos serviços hospitalares de nefrologia. A sua avaliação é contínua, mediante a realização de auditorias internas e externas, estando ainda por surgir o relatório de progresso de monitorização pelo Departamento da Qualidade na Saúde e da Comissão Nacional de Acompanhamento da Diálise (DGS, norma 017, 2011, pp. 4). Desta avaliação, espera-se ter uma visão global da informação transmitida, para melhorar a sua aplicabilidade e obter resultados cada vez mais satisfatórios.

1.2. Consulta de esclarecimento

Para que a consulta de esclarecimento tenha a aprovação da DGS, esta deve obedecer a quatro requisitos obrigatórios:

- a) Contribuir para o esclarecimento pleno do doente acerca das diferentes modalidades de tratamento e técnicas respetivas;
- b) Ser funcionalmente individualizada e dispor de registo próprio;
- c) Integrar uma equipa multidisciplinar constituída, pelo menos, por nefrologista assistente, enfermeiro, técnico do serviço social e dietista;
- d) Dispor de apoio de material informativo adequado. (DGS, norma 017, 2011, pp. 1)

Para além de elucidar os doentes e familiares, permite que este participe na tomada de decisão do seu tratamento, transmitindo a noção de “poder”. Cada vez mais se verifica

a importância de tornar o doente participativo na gestão da sua doença e na tomada de decisão em relação ao seu tratamento. Segundo o relatório editado pela fundação Calouste Gulbenkian “Um Futuro para a saúde” de 2014,

“as pessoas precisam de tomar parte mais activa na resolução dos seus problemas de saúde, ter maior autonomia e poder de decisão na adopção, isolada ou partilhada, de medidas relativas aos seus cuidados de saúde ou tratamento, e ter maior influência na elaboração de políticas de saúde a nível institucional, local e nacional.” (Crisp; Berwick; Kickbusch; Bos; Antunes; Barros & Soares, 2014, pp. 53)

*Empowerment*¹⁰ nos cuidados de saúde significa dar “poder” ao doente. Este caracteriza-se por ser um processo fundamental na educação, com o objetivo de ajudar a desenvolver conhecimentos, capacidades, atitudes e despoletar a autoconsciência do doente na tomada de responsabilidade para com o seu tratamento (Wang, Dong, Gan & Tao Wang, 2007, pp. 32).

Segundo Nygårdh, Malm, Wikby & Ahlström (2012, pp. 285), a DRC está associada muitas vezes à vulnerabilidade e ao sentimento de impotência face a uma situação de doença que parece incontrolável. O doente que está envolvido na sua doença e tratamento tem menos complicações pela maior adesão terapêutica, refletindo-se em menos internamentos. Como consequência, estes doentes apresentam melhor qualidade de vida (Murphy, Jenkins, McCann & Sedgewick, 2008, pp. 194). Para além destes benefícios, é evidente a redução de custos para a saúde, traduzindo-se num sistema nacional de saúde mais sustentável (Crisp et al, 2014 pp. 54).

É na consulta de esclarecimento que o doente é confrontado com a proximidade de ter que iniciar uma TSR, o que implica obrigatoriamente a sua assinatura do consentimento informado antes de iniciar a modalidade terapêutica escolhida. Esta assinatura ocorre quando a equipa multidisciplinar, na sua avaliação, se apercebe que o doente compreendeu os ensinamentos e os esclarecimentos realizados nas consultas. É por esta razão, que um dos requisitos para a realização da consulta de esclarecimento é de ser individual, devendo ser adaptada à compreensão de cada pessoa. Surge então a possibilidade do doente optar por uma modalidade terapêutica mais consentida, com o auxílio de uma equipa multidisciplinar, nomeadamente o enfermeiro. Segundo Cerdeira (2008, pp. 13), consentimento traduz “uma vontade séria, livre e esclarecida do cliente” e em termos legais significa que este tenha de ter mais de 16 anos e de possuir capacidade de discernimento para avaliar as suas necessidades. Assim, tal como defende esta autora, o consentimento é o último passo de um processo para o qual, para além de ser

¹⁰Conceito mais desenvolvido no subcapítulo 1.3.

fundamental a pessoa apresentar capacidades, é necessário haver informação. É na informação que a equipa multidisciplinar referida na norma 017/2011 deve fazer a diferença. Cada vez mais se tem verificado que o doente renal crónico seguido por uma equipa multidisciplinar apresenta mais sobrevida, menos internamentos e uma melhor condição de saúde, evidenciada pelos valores analíticos e pela melhor tolerância quando iniciam a TSR (Nascimento, Sousa & Ribeiro, 2013, pp. 28). Strand & Parker (2012, pp. 58) verificaram que existe um retardamento no tempo de início da TSR, quando existe uma equipa multidisciplinar a prestar cuidados ao doente com DRC em fase de pré-diálise. Este atraso vai aliviar um pouco o desconforto e o impacto negativo no bem-estar da pessoa que se encontra em pré-diálise. Constataram também que a educação é uma componente importante, que deve ser incluída na articulação entre os vários profissionais envolvidos. Esta deve ter como objetivo, aumentar o conhecimento e a compreensão das causas que perturbam a saúde das pessoas com DRC. Para além disto, consegue-se que o doente tenha um acesso vascular no tempo desejado, indo ao encontro das *guidelines* da NKF/KDOQI (Nascimento et al, 2013, pp. 28).

Também no recente relatório de Crisp et al (2104, pp. 129), publicado pela Fundação Calouste Gulbenkian, defende a necessidade do sistema de saúde “evoluir progressivamente para ser mais centrado nas pessoas e basear-se no trabalho de equipa. São necessários novos modelos de serviços que prestem cuidados de saúde integrados a todos os indivíduos, com especial ênfase na gestão de doenças crónicas”.

No entanto, esta norma só fornece a informação que deve ser dada ao doente na consulta de esclarecimento, mas não esclarece como a consulta deve ser estruturada e qual o número de consultas ideais para que a pessoa consiga optar esclarecidamente. Esta estruturação ficou assim ao critério dos profissionais das diferentes instituições de saúde, o que me permitiu observar diferentes abordagens de trabalho nas equipas multidisciplinares dos locais de estágio.

Um outro requisito para a consulta de esclarecimento, é a utilização de material audiovisual para auxiliar a transmissão da informação. Harwood, Wilson, Sontrop & Clark (2012, pp. 2462), num estudo efetuado com o objetivo de determinarem a relação entre as situações de conflito da DRC e os mecanismos de adaptação para as várias modalidades de TSR verificaram que, na modalidade de tomada de decisão dos doentes, o uso de ferramentas (material audiovisual, panfletos...) de apoio à decisão pode ser útil em casos particulares, quando existe conflito em decidir pela TSR. Para ultrapassar esta dificuldade, a iniciação de um programa educacional em tempo útil, reduz a incerteza e

consequentemente, possibilita a pessoa a adaptar-se mais facilmente. Iles-Smith (2005, pp. 132-133) no seu estudo concluiu ainda que os doentes numa fase de pré-diálise, necessitam de um programa de educação individualizado, flexível, que permita aos doentes absorver e interpretar as informações dadas. Constatou ainda que o uso de material audiovisual e o reforço das informações em vários momentos de aprendizagem pode reduzir a má interpretação dos doentes, transmitindo uma visão mais realista da vida em diálise através do envolvimento de outras pessoas que já estão a realizar uma TSR. Esta situação pode ajudar a aumentar a sua perceção sobre a DRC e as TSR, ajudando-o na sua adaptação à doença e consequentemente potencie o doente a escolher a TSR mais adequada às suas necessidades pessoais e sociais.

1.3. Importância do enfermeiro na fase pré-diálise e o *Empowerment*

O enfermeiro especialista tem grande importância na prestação de cuidados à pessoa com DRC em fase pré-diálise. Com o aumento da prevalência e incidência da DRC no mundo, tem-se justificado uma formação especializada por parte dos enfermeiros que trabalham com o doente em pré-diálise, pela especificidade de competências necessárias para cuidados eficazes nesta fase da DRC (Walker, Abel & Meyer, 2010b, pp 33).

Tendo em conta as *guidelines* da *National Kidney Foundation/Kidney Disease Outcomes Quality Initiative* (NKF/KDOQI, 2002), o início mais tardio da TSR e a existência de um acesso vascular pré-diálise, são dois fatores indicativos mensuráveis de cuidados de sucesso em pré-diálise, embora haja outros fatores, também eles relacionados com cuidados de enfermagem em pré-diálise, nomeadamente: uma relação enfermeiro/doente baseada na confiança e respeito, a oportunidade e tempo de realizar uma avaliação de enfermagem integral e educação oportuna e adequada ao doente e família/pessoa significativa. Consequentemente, para que os cuidados em pré-diálise sejam assegurados e eficazes, é importante não só medir parâmetros quantificáveis, mas também considerar os elementos mais qualitativos, descritos anteriormente como sendo o cerne da prática efetiva de enfermagem em pré-diálise (Walker et al, 2010b, pp. 26 e 32). O envolvimento familiar/pessoa significativa é fulcral, para proporcionar suporte e incentivo ao seu familiar com DRC em fase pré-diálise, contribuindo para a tomada de decisão (Tweed & Ceaser, 2005, pp. 662).

Lewis, Stabler & Welch (2010, pp. 147), no seu estudo sobre as necessidades de informação, problemas e constrangimentos ao doente renal crónico em estadio IV, determinaram que um programa educacional é importante para ajudar a ultrapassar a adversidade do momento, mas é preciso avaliar as necessidades e o tipo de informação antes do início da TSR, tendo em conta a individualidade de cada um. Um outro tópico de análise por parte destes investigadores foi a quem os doentes tinham considerado mais útil para ajudá-los a lidar com as suas preocupações ou problemas e quem tinha prestado mais informação. Dos 30 doentes inquiridos, a maioria referiu que os enfermeiros de nefrologia foram úteis a prestar auxílio perante os seus problemas e necessidades, seguindo-se os profissionais de medicina, dietistas e assistentes sociais. É na educação que o enfermeiro deve fazer a diferença e é na base deste pressuposto que a aplicabilidade da norma 017 de 2011 da DGS pretende facilitar.

Walker, Abel & Meyer (2010a, pp. 6 e 7) no seu estudo sobre o papel do enfermeiro na fase de pré-diálise na Nova Zelândia, identificam a educação e o suporte como uma das cinco áreas de intervenção destes profissionais na fase pré-diálise. Dentro desta área surge o conceito de *empowerment*, fundamental para o sucesso dos cuidados nesta fase da DRC. Segundo Gibson (1991, pp. 359), *empowerment* nos cuidados de enfermagem pode ser definido como um processo de “reconhecimento, promoção e reforço das capacidades das pessoas satisfazerem as suas próprias necessidades, resolver seus próprios problemas e mobilizar os recursos necessários, com a finalidade de sentirem o controlo de suas próprias vidas”. Contudo, o *empowerment* é influenciado pelas características de cada pessoa (autodeterminação, motivação, aprendizagem, desenvolvimento, cultura, entre outros); pela relação enfermeiro-doente (confiança, empatia, participação nas tomadas de decisão, cooperação, entre outros) e pela formação dos próprios profissionais de saúde (capacidade de relação de ajuda, a capacidade de mobilizar recursos e orientar os doentes, entre outros). A existência de respeito mútuo, confiança e a valorização da opinião do doente na tomada de decisão no processo relacional, são condições necessárias para este processo (Gibson, 1991, pp. 359). Também Nygårdh et al (2012, pp. 286), no seu estudo sobre o *empowerment*, determinaram que uma relação de confiança entre enfermeiro-doente e que sessões de aprendizagem aos doentes, transmite a estes últimos uma sensação de segurança e um sentimento de ser tratado com respeito. Esta relação entre profissional de saúde-doente potencializa estes últimos a adquirir uma maior compreensão da sua doença, não esquecendo os recursos pessoais de cada um, aumentando por isso a sua capacidade para

se adaptarem mais facilmente à adversidade do momento e assim, terem a sensação de controlo da doença e da sua própria vida.

O contexto sociocultural também é um fator chave para ajudar as pessoas a controlar a sua doença. Por esta razão, é necessário uma avaliação aprofundada da situação biopsicossocial da pessoa e identificar as necessidades ou problemas existentes (Gibson, 1991, pp. 359).

A individualidade da consulta de esclarecimento, preconizada pela norma 017/2011 pretende ter em consideração o conceito de avaliação que Gibson determinou ao analisar o conceito de *empowerment*, nos cuidados de enfermagem. Se não existir perícia por parte dos enfermeiros na educação e no esclarecimento, o *empowerment* poderá ficar comprometido (Gibson, 1991, pp. 360). O ensino deve ser então, adequado às necessidades e ao nível de compreensão de cada pessoa, promovendo o autocuidado, justificando por isso, uma avaliação holística¹¹ da mesma (Walker et al, 2010a, pp. 6).

Uma articulação multidisciplinar eficiente, também influencia o *empowerment* nos cuidados em pré-diálise. O sucesso destes cuidados também se deve à capacidade do enfermeiro em coordenar um grande número de serviços e recursos, bem como em construir contactos que facilitem o estabelecimento de cuidados centrados na pessoa. Se não existir uma relação profissional que promova esta coordenação, os cuidados ao doente em pré-diálise fica também comprometido (Gibson, 1991, pp. 360 e Walker, Abel & Meyer, 2012, pp. 31)

O tempo foi considerado um tema crucial para providenciar cuidados em pré-dialise eficazes porque, influencia a relação enfermeiro-doente e a educação, conceitos fundamentais para o processo de *empowerment*. A falta de tempo é por esta razão uma barreira aos cuidados de enfermagem de pré-dialise, relacionado pelo número crescente de doentes e pela falta de recursos humanos (Walker et al, 2012, pp. 30).

Apesar da avaliação dos profissionais de saúde em relação às necessidades dos doentes ser um momento individualizado, o relacionamento entre pessoas com a mesma doença e o suporte profissional dado pelos enfermeiros e outros profissionais auxiliam a pessoa com DRC a utilizar os seus mecanismos adaptativos em relação à doença e às alterações que esta obriga a realizar num curto espaço de tempo (Nygårdh et al, 2012, pp. 285). Tweed et al (2005, pp. 664) confirmam no seu estudo, que os doentes com patologia renal que observavam e interagiam com outros doentes renais tinham mais facilidade no

¹¹Segundo Roy & Andrews (2001, pp. 19), o termo holístico “faz parte da ideia de que o sistema humano funciona como um todo e é mais do que uma mera soma das suas partes”. Este conceito envolve na avaliação todos os aspetos da vida do doente: o aspeto físico, mental, espiritual, cultural, familiar e o bem-estar psicossocial (Walker et al, 2010b, pp. 29).

processo de tomada de decisão. O enfermeiro especialista poderá por isso, implementar intervenções que potencializam estas interações e partilha de experiências, para facilitar a escolha da TSR.

O papel do enfermeiro que trabalha com doentes a entrar no último estadió da DRC requer uma prática especializada, essencial para a obtenção de cuidados eficientes. A especificidade das situações, a necessidade de articular diversos recursos para responder às necessidades dos doentes e a perícia para estabelecer uma relação que promova o *empowerment*, justifica a atuação do enfermeiro especialista nos cuidados ao doente com DRC que irá necessitar de uma TSR. Cabe a estes enfermeiros, ajudar a pessoa com DRC a encontrar o equilíbrio, para que esta consiga lidar com a doença de forma saudável e que se consiga adaptar. Para isso, é preciso compreender o significado que a pessoa atribui à doença e o modo como esta enfrenta as dificuldades nas muitas adaptações necessárias para poder viver com qualidade de vida (Damião & Pinto, 2007, pp. 569).

1.4. Modelo de adaptação de Callista Roy

A escolha de uma modalidade terapêutica consentida e consciente, pretendida pela norma 017 de 2011 da DGS, implica ensino e esclarecimento à pessoa que se encontra no estadió IV da DRC, favorecendo a sua adaptação. A aplicação do Modelo Teórico¹² de Callista Roy está inserida na Escola dos resultados esperados e pretende orientar os cuidados de enfermagem numa perspetiva científica, com base no conceito de Adaptação da Pessoa¹³ (Kérouac et al, 1994, pp. 33).

A pessoa com insuficiência renal crónica é transformada de várias maneiras, levando a constantes desafios no seu novo modo de vida. Com o diagnóstico da doença crónica surgem quase sempre perturbações sociais, psicológicas, físicas e económicas na vida da pessoa (Lubkin, 1995, pp. 8). Estas perturbações estão intimamente ligadas, uma vez que a incapacidade física, mesmo que temporária, implica uma diminuição económica, leva a alterações de humor e assim sucessivamente. A doença crónica altera

¹²Os Modelos Teóricos em Enfermagem “representam as ideias mais extensas e o conhecimento mais sistemático sobre a enfermagem” (Tomey et al, 2004, pp. 15), “fornecendo uma estrutura que oriente os cuidados de enfermagem numa perspetiva científica” (Phipps, Long, Woods & Cassmeyer, 1995, pp. 33). Estas teorias ao sustentar uma ciência de enfermagem sugerem uma organização nos cuidados, de modo a ajudar o enfermeiro a orientar os seu pensamento e a tomar decisões na resolução de problemas aquando da prestação de cuidados. A maioria das Teorias de Enfermagem reflete “uma preocupação básica pelas pessoas, pelo ambiente, pela enfermagem e pela saúde (Phipps et al, 1995, pp. 33).

¹³Segundo Roy et al (2001, pp. 17 e 18), Pessoa representa “um sistema adaptável (...) que compreende as partes que funcionam segundo uma unidade para o mesmo objetivo”, tendo por esta razão “a capacidade de se adaptar e criar mudanças no meio ambiente” (Roy & Andrews, 2001, pp. 17 e 18).

inevitavelmente o rumo de vida delineado pela pessoa. Dietas, tratamentos, exercícios e estilos de vida diferentes podem ser aconselhados, exigindo mudanças no tempo e flexibilidade. Com isto, há um risco de alterações da identidade da pessoa com doença: mudança nos papéis e funções familiares, alterações das relações conjugais, risco de isolamento, discriminação e alienação social e a necessidade de redefinição dos projetos de vida (Toombs et al, 1995, pp. XI). A DRC implica efetuar constantes decisões sobre a sua vida e esta situação agrava-se aquando da aproximação do último estadio da DRC, em que há necessidade de optar por uma TSR. Estes doentes estão submetidos a um grande número de estímulos que influenciam o seu comportamento, interferindo de forma negativa na sua adaptação e pondo em risco a sua integridade psicológica, social e física. Assim, são fundamentais cuidados de enfermagem que favoreçam respostas adaptativas quer para as limitações impostas pela doença, quer para a respetiva TSR (Frazão, Fernandes, Nunes, Sá, Lopes & Lira, 2015, pp. 46).

No MACR, a pessoa é vista como um sistema que está em constante adaptação, sendo este fenómeno dependente dos estímulos a que está exposto e do nível da adaptação. Identificado o alvo das intervenções dos cuidados de enfermagem, que neste caso é a pessoa adulta com DRC em fase pré-diálise e familiar de referência/pessoa significativa, é necessário ter em conta o sistema adaptativo que cada um representa, estando este sistema em constante interação com o ambiente¹⁴ (George 2000, pp. 204). Neste âmbito, o ambiente engloba a própria DRC, todas as alterações físicas que envolve e restrições necessárias para a manutenção da saúde¹⁵, as instituições de saúde e seus profissionais, local e tipo de trabalho, família e pessoas significativas, entre outros. Caso haja incapacidade da pessoa para se adaptar a uma situação de adversidade, aparece a doença (George, 2000, pp. 210). Por último, o objetivo da enfermagem tendo em conta este modelo, é a promoção das respostas adaptativas considerando os quatro modos adaptativos (Frazão et al, 2015, pp. 46).

Os quatro modos de adaptação são: modo fisiológico; modo de autoconceito; modo do papel social e modo de interdependência. O primeiro modo de adaptação está relacionado com os “processos físico e químico envolvidos na função e actividades dos organismos vivos”, ou seja, com as necessidades corporais básicas como a oxigenação, nutrição, eliminação, sono e proteção (Tomey et al, 2004, pp. 305). O modo de autoconceito relaciona-se com os pressupostos que a pessoa tem sobre si própria e com a

¹⁴O ambiente é definido por esta teórica como sendo o conjunto de todas as “circunstâncias, condições e influências que rodeiam e afetam o desenvolvimento e o comportamento das pessoas” (George, 2000, pp. 210).

¹⁵Callista Roy refere a saúde como reflexo da adaptação ao ambiente, traduzindo-se no bem-estar da pessoa. Esta redefiniu o conceito de saúde como um processo no qual saúde e doença podem coexistir em simultâneo, desde que a adaptação da pessoa leve ao seu bem-estar (Tomey et al, 2004, pp. 308).

sua imagem física e psíquica. É o conjunto de “crenças e sentimentos sobre si próprio numa dada altura e é constituída por percepções internas e percepções das reações dos outros” (Tomey et al, 2004, pp. 305). O modo do papel social diz respeito aos deveres sociais, tendo em conta a posição da pessoa na sociedade e este modo de adaptação tem em consideração os papéis primários, secundários e terciários. Os primários refletem os comportamentos definidos pelo género, idade e estadio de desenvolvimento; os secundários, as tarefas exigidas tendo em conta o nível de desenvolvimento e o seu papel primário; e por último, os terciários são influenciados pelo tempo, escolhidos livremente e refletem os passatempos da pessoa no momento. O último modo de adaptação, de interdependência, diz respeito às relações de proximidade entre as pessoas que são consideradas importantes para nós e inclui formas de procurar ajuda, afeto e afirmação (George, 2000, pp. 210). Na prática, a avaliação destes modos adaptativos representam uma estrutura de avaliação dos comportamentos que são gerados pelos estímulos que a pessoa é submetida (Frazão et al, 2015, pp. 46).

O processo de enfermagem definido por Roy é constituído por seis fases distintas, que correspondem à avaliação dos comportamentos; avaliação dos estímulos para esses comportamentos; diagnóstico de enfermagem sobre o estado de adaptação da pessoa; estabelecimento de metas para promover a adaptação; intervenções que visam gerir estímulos que promovam a adaptação e por último, avaliação dos objetivos adaptativos (Tomey et al, 2004, pp. 305).

O ambiente proporciona diversos estímulos que leva ao aparecimento de ações e reações por parte da pessoa que são possíveis ser avaliados. Callista Roy identifica estímulos que influenciam a resposta da pessoa e são classificados como focal, conceptual e residual. Os estímulos focais são todos os estímulos externos ou internos que provocam confronto imediato na pessoa e que têm maior impacto como, por exemplo, o diagnóstico da DRC. Os estímulos contextuais são os estímulos externos que influenciam positiva ou negativamente a situação. Aqui, encontra-se o conhecimento/contacto prévio com a doença (por exemplo, se existe outro caso na família), a disponibilidade e os ensinamentos transmitidos pelos profissionais de saúde e a cultura em que a pessoa está inserida. Por último, os estímulos residuais “são fatores ambientais, dentro e fora do sistema humano, com efeitos pouco claros na presente situação”, ou seja, dizem respeito às características pessoais de cada um que interferem na situação (Tomey et al, 2004, pp. 304).

O diagnóstico de enfermagem reflete a avaliação do enfermeiro após apreciação do nível de adaptação da pessoa, identificando problemas adaptativos ou indícios de

problemas de adaptação, que são definidos como as principais áreas de intervenção do enfermeiro, para auxiliar a adaptação da pessoa com doença (Frazão et al, 2015, pp. 45).

As metas pretendidas correspondem ao comportamento final desejado para o processo de adaptação do doente. A quinta etapa diz respeito às intervenções de enfermagem selecionadas para promover a adaptação da pessoa enquanto sistema e por último, a avaliação representa o juízo final dos resultados das intervenções de enfermagem em relação ao comportamento do sistema humano (Frazão et al, 2015, pp. 46).

Este modelo é considerado útil para a prática de enfermagem, uma vez que reforça o conceito de disciplina¹⁶ e orienta para o dia-a-dia, através do ensino e do esclarecimento, tal como é preconizado na fase de pré-diálise (Tomey et al, 2004, pp. 311). Torna-se assim fundamental, adquirir competências que facilitem a identificação das principais necessidades associadas ao processo de adaptação destes doentes, para os ajudar a ultrapassar a adversidade do momento, diminuindo os níveis de ansiedade e do medo, associados à necessidade de uma TSR a curto prazo (Lewis et al, 2010, pp. 143). Este modelo teórico vai ao encontro do estudo de Gibson (1991) e ao estudo de Walker et al (2012), que defendem uma equipa de enfermagem qualificada, com bom suporte teórico e com competências que potenciam uma relação de confiança e respeito, englobando as características socioculturais da pessoa, para obter respostas adaptativas da pessoa ao ambiente, ajudando a adquirir estilos de vida saudáveis, contribuindo assim para o seu *empowerment* (Gibson, 1991, pp. 360; Walker et al, 2012, pp. 33).

1.5. Competências de enfermeiro especialista a desenvolver

Segundo o Decreto-Lei nº 104/98, de 21 de Abril presente no Regulamento de Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE), o enfermeiro especialista é o

enfermeiro habilitado com um curso de especialização em enfermagem¹⁷ ou com um curso de estudos superiores especializados em enfermagem, a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados de enfermagem gerais, cuidados de enfermagem especializados na área da sua especialidade (OE, 2012, 15).

¹⁶Disciplina diz respeito “a um ramo do ensino, a um departamento da aprendizagem ou a um domínio do conhecimento” (Tomey et al, 2004, pp. 15). A disciplina de Enfermagem “interessa-se pela saúde humana, incluindo as suas componentes física e mental, e pelos ambientes que promovem, ou interferem, com a saúde” (Phipps et al, 1995, pp. 33).

¹⁷Enfermagem “é a profissão que, na área da saúde, tem como objetivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais em que ele está integrado, de forma que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua capacidade funcional tão rapidamente quanto possível” (Art. 4º, Cap. II do REPE, OE, 2012, pp. 15).

Independentemente da área de especialização, todos os enfermeiros especialistas partilham um grupo de domínios de intervenção, consideradas competências comuns, como: responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade; gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais¹⁸. Contudo, o enfermeiro especialista deve ser capaz de mobilizar um conjunto de competências específicas, dentro da sua área de especialidade. As competências específicas

são as competências que decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas. (OE, 2010, pp. 3)

Com a realização do ensino clínico, pretendeu-se desenvolver competências especializadas em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área específica de Enfermagem Nefrológica. Como as competências específicas para esta especialidade ainda não estão regulamentadas e tendo em conta que o tema está relacionado com a DRC na fase de pré-diálise, pareceu-me pertinente incluir Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa, nomeadamente: cuidar de pessoas com doença crónica, incapacitante e terminal, dos seus cuidadores e familiares, em todos os contextos de prática clínica, diminuindo o seu sofrimento, maximizando o seu bem-estar, conforto e qualidade de vida; estabelecer relação terapêutica com pessoas com doença crónica incapacitante e terminal, com os seus cuidadores e familiares, de modo a facilitar o processo de adaptação às perdas sucessivas e à morte. Estas competências adaptam-se à prestação de cuidados ao doente com DRC e seu familiar/pessoa significativa.

O quadro de competências específicas para os enfermeiros de nefrologia da EDTNA/ERCA (Chamney et al, 2007), abrange a prestação de cuidados gerais ao doente renal crónico e em todas as suas valências: HD, DP e transplante renal. Este rege-se de acordo com o quadro de referência de Benner. Esta teórica (2001, pp. 43) refere que “na aquisição e no desenvolvimento de uma competência o estudante passa por cinco níveis sucessivos de proficiência: iniciado, iniciado avançado, competente, proficiente e perito”. É na prática que o enfermeiro desenvolve experiência e é com esta experiência que adquire e desenvolve competências. Contudo, a “prática é um todo integrado que requer

¹⁸No primeiro domínio, o enfermeiro deverá ter presente os princípios éticos e deontológico para a tomada de decisões que interferem com a prestação de cuidados. O segundo domínio refere-se à importância da intervenção do enfermeiro especialista como dinamizador no desenvolvimento e suporte de melhoria da qualidade nas instituições. O penúltimo aborda a importância da aquisição de competências para otimizar as respostas das equipas de enfermagem e a articulação com as equipas multidisciplinares, adaptando os cuidados aos recursos existentes. Por último, o desenvolvimento das aprendizagens profissionais pretende que o enfermeiro especialista desenvolva o autoconhecimento e a assertividade, devendo a sua praxis refletir padrões de conhecimentos sólidos e válidos (OE, 2010, pp. 3 e 4).

que o profissional desenvolva o caráter, o conhecimento, e a competência para contribuir para o desenvolvimento da própria prática” (Benner, 2001, pp. 14). Assim, como executo funções atualmente num serviço de nefrologia, considere pertinente englobar competências nas várias vertentes da DRC, para potencializar mais o dinamismo e um pensamento refletido sobre os cuidados de enfermagem ao doente renal crónico em todas as suas vertentes, enriquecendo ainda mais a qualidade dos meus cuidados. É com a perícia profissional adquirida através da aprendizagem e com a aplicação dessas aprendizagens na prestação de cuidados, que é obtido uma prática de excelência. No Hospital A, para além das competências comuns do enfermeiro especialista e das competências gerais no cuidado ao doente renal crónico e família/pessoa significativa, pretendi desenvolver as seguintes competências na área do transplante renal e DP: prestar cuidados específicos e individualizados ao doente renal crónico sujeito a futuro transplante renal (preparação e avaliação dos intervenientes, na fase pré e pós transplante); educação da pessoa e familiar/pessoa significativa na fase pré e pós transplante; providenciar suporte emocional e psicológico na fase de pré e pós transplante; prestação de cuidados específicos e individualizados ao doente em DP (indução na modalidade terapêutica e cuidados no seu dia-a-dia); educação à pessoa em DP e família/pessoa significativa; providenciar suporte ao doente renal crónico que inicia DP. Ainda no Hospital A e no Hospital B pretendi aprofundar as competências na fase pré-diálise preconizadas pela EDTNA/ERCA (Chamney et al, 2007) tais como: informar e esclarecer as modalidades terapêuticas de substituição renal existentes ao doente com DRC e familiar/pessoa significativa; envolver a equipa multidisciplinar nos cuidados aos doente renal crónico em pré-diálise para responder às suas necessidades; auxiliar o doente renal crónico em estadio IV na escolha de uma TSR que mais se adequa ao seu estilo de vida e à sua condição de saúde.

É com o desenvolvimento do conhecimento de uma disciplina que se obtém o desenvolvimento do conhecimento prático. Collière (1999) considera a prática responsável para a produção do saber. Por esta razão, a tomada de decisão na profissão de enfermagem deverá ser baseada no saber fazer, saber agir e no saber ser¹⁹.

No capítulo seguinte, encontram-se as atividades desenvolvidas nos dois campos de estágio, que permitiram dar resposta aos objetivos específicos e adquirir as competências definidas para a obtenção do grau de especialista.

¹⁹O conhecimento que sustenta a profissão de Enfermagem caracteriza-se por esta razão, pela interligação de várias áreas do saber, tendo como base de sustentação a fundamentação científica da disciplina de Enfermagem, o Código Deontológico, a moral e a legislação que regula a profissão (OE, 2012, pp. 9).

2. ENSINO CLÍNICO E TRABALHO DESENVOLVIDO

A segunda parte deste relatório corresponde à descrição do meu percurso nos diferentes locais de ensino clínico e à respetiva apresentação das atividades desenvolvidas. Foram delineados objetivos específicos para me auxiliar a atingir as competências do enfermeiro especialista na área de nefrologia.

Antes de dar início ao ensino clínico, efetuei visitas a diferentes serviços hospitalares de nefrologia na área de Lisboa. Foram realizadas reuniões com os enfermeiros chefes de cada serviço, onde se partilhou informação acerca do projeto construído e acerca de cada serviço, apresentando a dinâmica dos mesmos. Escolhi dois locais para o meu ensino clínico, que me pareceram ser os mais adequados tendo em conta o meu tema de estudo, os objetivos propostos e as competências a desenvolver.

Apresentarei de seguida as principais aprendizagens nos dois campos de estágio, encontrando-se a caracterização física dos respetivos serviços no Apêndice II e III.

2.1. Hospital A

O ensino clínico no Hospital A decorreu de 29 de Setembro a 19 de Dezembro de 2014 (12 semanas), com a carga horária de 25 horas semanais.

Como objetivos específicos para este serviço hospitalar de nefrologia em Lisboa, pretendia-se:

1. Desenvolver e aperfeiçoar competências especializadas na prestação de cuidados ao doente renal crónico;
2. Aperfeiçoar competências no ensino sobre a DRC e TSR aos doentes adultos com DRC em estadio IV e V internados e família/pessoa significativa.
3. Identificar o papel dos enfermeiros na gestão da doença e na escolha da TSR, aos doentes adultos com DRC em estadio IV;

Para tornar mais clara a minha passagem pelas diferentes valências desta especialidade, criei um subcapítulo para cada uma das áreas, onde descrevo as atividades desenvolvidas e as aprendizagens adquiridas.

2.1.1. Consulta de enfermagem de pré e pós transplante

As consultas de pré transplante de dador vivo, são realizadas uma vez por semana com o intuito de monitorizar as pessoas intervenientes no transplante (dador e recetor). Após a avaliação médica, na consulta de enfermagem é feita a avaliação dos sinais vitais e realizados ensinamentos de esclarecimento aos intervenientes, onde se explica sobretudo em que consiste o processo pré e pós cirúrgico, tanto para o dador como para o recetor. Foi possível acompanhar o esclarecimento deste processo a um doente em HD com 26 anos, que queria ser submetido a transplante renal, em que o dador seria a mãe. Deste processo, tanto os exames de compatibilidade como os físicos e psicológicos não impediam a realização da cirurgia. Foi possível ouvir as preocupações, os receios do doente e esclarecer melhor possível, as dúvidas que motivavam essas preocupações. Após conversa informal com a colega da consulta de transplante, apercebi-me que o doente não teria passado pela consulta de esclarecimento, defendida pela norma 017/2011. Esse esclarecimento teria ocorrido pelo método tradicional, realizado somente com a intervenção do seu médico nefrologista, apesar de existir uma equipa para efetuar esta consulta. Como consequência, estava perante uma pessoa que desconhecia o processo de transplantação e tudo o que envolve para a sua realização.

Em relação à fase pós transplante, num doente recentemente transplantado é feito um seguimento semanal e à medida que a pessoa se torna autónoma na gestão da medicação e apresente valores analíticos satisfatórios, verifica-se um espaçamento maior entre cada consulta (podendo ir até de 6 em 6 meses). Por não conhecer os protocolos e procedimentos executados nesta consulta, na primeira semana dediquei-me maioritariamente à observação e análise dos procedimentos. Observei a prática da colega e após ganhar alguma confiança, iniciei a prestação de cuidados à pessoa transplantada e família/pessoa significativa na consulta. Dentro destes cuidados, é feita uma avaliação do sucedido após o último encontro, nomeadamente a existência de intercorrências, tais como internamentos ou doenças. A avaliação dos sinais vitais, do peso, da diurese, da glicemia e despiste de sinais e sintomas de infeção ou rejeição; o esclarecimento acerca da medicação e da alimentação foram as principais intervenções de enfermagem executadas neste atendimento. Em alguns casos, também foram efetuados tratamentos às feridas cirúrgicas e remoção de material de sutura.

A orientação do doente transplantado renal por parte dos profissionais de

enfermagem, revela-se de extrema importância. A falha na educação e informação ao doente transplantado pode conduzir ao mau funcionamento do enxerto renal. Como consequência, há um aumento significativo da necessidade de hospitalização e muitas vezes rejeição do enxerto renal, sujeitando a pessoa a uma técnica de diálise (Turner & Noble, 2010, pp. 276). Esclarecer as pessoas do que é exigido no pré e pós transplante renal, torna-as mais capazes de se adaptarem à adversidade do processo de transplantação, através da redução do medo e da ansiedade (Turner et al, 2010, pp. 276). Foi então possível ter um papel ativo na promoção e na educação da saúde e desenvolver competências no suporte ao doente, indo ao encontro das competências defendidas pela EDTNA/ERCA, definidas no subcapítulo 1.5.

No início do ensino clínico verifiquei um certo desconforto por parte dos doentes pela minha presença mas, à medida que me foram conhecendo como profissional, construiu-se uma relação de respeito e de maior confiança, através de um conhecimento mais profundo da pessoa e do estabelecimento de uma parceria de cuidados. A interação contínua com o doente e consequentemente, mais tempo disponível na prestação dos cuidados, é essencial para alicerçar uma relação de confiança, contribuindo para que o doente desenvolvesse estratégias para um estilo de vida saudável, como é definido pela EDTNA/ERCA.

A profissão de enfermagem “centra-se na relação interpessoal de um enfermeiro e uma pessoa ou de um enfermeiro e um grupo de pessoas (família ou comunidades)” (OE, 2001, pp. 10). Esta afirmação é visível na relação existente entre os doentes transplantados e os profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros, observado aquando do meu ensino clínico. Segundo Morse (1991), o enfermeiro perante um doente com doença crónica deve estabelecer uma relação que permita realizar uma avaliação física e psicossocial do doente, em que o ensino e a promoção do autocuidado se torna uma prioridade. Esta interação contínua torna possível a criação de uma relação de confiança²⁰, importante para o envolvimento do doente no seu tratamento (Doss, DePascal & Hadly, 2011, pp. 120 e 121). Este pressuposto vem ao encontro do conceito de *empowerment* de Gibson (1991) e da OE (2001, pp. 10), ao afirmar que a relação terapêutica promovida no exercício profissional de enfermagem deve-se caracterizar pela parceria estabelecida entre enfermeiro-doente, tendo em conta as suas capacidades e o

²⁰ Confiança na relação enfermeiro-doente é definida por Bell & Duffy (2009, pp. 50), como sendo “a aceitação otimista da situação de vulnerabilidade, após uma avaliação cuidadosa, em que a pessoa vulnerável acredita que o mandatário tem os seus melhores interesses como primordial”. Para estes investigadores (2009, pp. 50), a relação enfermeiro-doente não se cria pela simples necessidade de cuidados de enfermagem, mas pela demonstração de competências clínicas, promoção da compreensão das necessidades dos doentes e pela identificação dos riscos envolvidos para os mesmos.

seu envolvimento terapêutico. Como tal, nesta relação desenvolve-se o respeito pelas suas capacidades e a valorização do seu papel, que se fortalece ao longo de um processo dinâmico e tem por objetivo ajudar o doente a ser “proativo” no seu tratamento.

Após a consulta de enfermagem, o doente é encaminhado à consulta médica. São também realizadas consultas de urgência, podendo existir necessidade de colher análises sanguíneas e de urina tipo II e/ou asséptica, para esclarecimento do quadro clínico no próprio dia. Em situações de uroculturas positivas, caso não haja resultado no dia da consulta, o enfermeiro estabelece uma ligação telefónica e informa a pessoa que necessita de iniciar determinado tratamento, após a prescrição médica. Esta situação pareceu-me bastante positiva tendo em consideração que atualmente, as pessoas podem ter mais dificuldades económicas, evitando deslocações à unidade hospitalar em causa, podendo também minimizar a sua exposição a agentes infecciosos.

2.1.2. Unidade de Diálise Peritoneal

As consultas de DP são realizadas duas vezes por semana, podendo haver visitas domiciliárias uma vez por semana, sempre que o enfermeiro considere pertinente após a sua avaliação na unidade hospitalar. Segundo dados fornecidos pelo serviço, em Dezembro de 2012 existiam 25 doentes em programa de DP, tendo-se verificado um decréscimo de 2 doentes em 2013. O ano de 2014 termina novamente com 25 doentes.

São realizados ensinios sobre a técnica e efetuados treinos semanais com as enfermeiras. Esclarecem-se dúvidas acerca do material da DP e da técnica em si. Após a colocação do cateter de Tenckhoff, é feita uma observação semanal do local de inserção do cateter e, caso o doente ainda não esteja a realizar a técnica, executa exercícios de mudança do líquido peritoneal com o auxílio da enfermeira. Durante o ensino clínico foi possível realizar o acompanhamento de uma doente, desde da colocação do cateter Tenckhoff até ao início da diálise peritoneal contínua ambulatoria (DPCA). Nesta fase, para além dos cuidados específicos para a indução em DP, são prestados cuidados emocionais estabelecidos por uma relação de respeito e confiança. A doente em questão tinha 40 anos, um filho menor para cuidar e encontrava-se empregada. Após um mês de treino em DPCA e a não existência de dúvidas ou dificuldades na realização da técnica, transitou para diálise peritoneal automática (DPA). Procederam-se aos respetivos exames, nomeadamente ao teste de eficácia peritoneal (PET) e aos ensinios com a cicladora. Como a minha experiência era nula em relação ao manuseio da máquina, tive oportunidade de

montar a máquina e verificar os vários menus que a mesma apresentava. Em relação ao PET, trata-se de um teste para verificar se o peritoneu tem a eficácia desejada para a realização de DPA ou ajustar o tratamento com o número de ciclos e as concentrações dos dialisantes em doentes em DP. Surgiram algumas oportunidades para realização do PET durante o ensino clínico, que executei com a presença da colega. Nesta situação de escolha pela DP, o esclarecimento das modalidades terapêuticas terá ocorrido com a equipa definida para a consulta de esclarecimento, definida pela norma 017/2011.

Apesar de trabalhar com doentes em DP no serviço onde exerço funções, a minha experiência é curta nesta TSR. A partilha de conhecimentos por parte das colegas de DP e as experiências vivenciadas revelaram-se muito positivas para a minha aprendizagem, contribuindo para o desenvolvimento do domínio das aprendizagens profissionais, como defende a OE (2010). O trabalho contínuo que é desenvolvido juntamente com o doente e família/pessoa significativa, assim como o estabelecimento de uma boa relação enfermeiro-doente, demonstrou ser muito pertinente para a obtenção de resultados satisfatórios em relação à adesão terapêutica (medicamentosa e técnica), sendo esta constatada nas diversas consultas de DP realizadas. O ganho de confiança e o aprofundamento de conhecimentos sobre esta TSR, possibilitou-me prestar cuidados de enfermagem ao doente e família/pessoa significativa em DP. Assim, desenvolvi competências na prestação de cuidados específicos para a pessoa em DP e família/pessoa significativa, planeando ensinos e suporte para a indução desta TSR.

Foi possível efetuar uma visita domiciliária a um doente em DPCA com história de peritonite, medicado com antibiótico (segundo o protocolo de peritonites do hospital), para averiguar o seu estado de saúde e verificar se existia alguma complicação na realização das mudanças. Foi também realizado um inventário do material de DP existente em casa (sacos de dialisantes) para se executar, se necessário, o respetivo pedido ao fabricante. No trabalho realizado por Sadala, Miranda, Lorençon & Pereira (2010, pp. 39), constataram que a maioria dos doentes em DP compreendiam a importância das visitas domiciliárias por estas demonstrarem continuidade dos cuidados pela equipa de referência. Deve ser também um momento onde os enfermeiros observam a adaptação do doente e família/pessoa significativa ao tratamento e à doença, tendo em conta a sua perspetiva pessoal e o seu estilo de vida.

Durante esta visita domiciliária, verificou-se também a importância do envolvimento de um familiar na técnica, para auxiliar caso haja necessidade. Nesta situação em particular, era a esposa do doente em DP que esclarecia o marido em

determinadas etapas do ciclo de DP e, para além disso, a disposição da mesa e a otimização do espaço onde eram efetuadas as mudanças tinham sido criados pela senhora. Segundo Sadala et al (2010, pp. 37, 38 e 39), o familiar é visto como um parceiro no tratamento, onde o seu apoio é considerado pelos participantes do estudo, fundamental para fazer as mudanças necessárias em suas casas e criar condições que lhes permitam realizar a DP. Os resultados destas investigadoras revelam ainda que a família tem uma extrema importância no apoio prestado ao seu familiar em DP, sendo vista como a “enfermeira” que acompanha sempre o tratamento, desde o treino na unidade hospitalar até à realização da diálise em casa, mesmo esta sendo executado pelo doente. Promover a parceria terapêutica com a pessoa doente renal crónica e o seu familiar/pessoa significativa é uma das competências do enfermeiro especialista, preconizado pela OE (2010).

Dentro da área da DP, tive ainda a possibilidade de assistir à colocação de vários cateteres para a realização desta TSR e participar nos cuidados de enfermagem antes, durante e após, em conjunto com a colega responsável pela sala de pequena cirurgia. Ao contrário do que sucede noutros serviços hospitalares de nefrologia, os cateteres de DP eram colocados pelo próprio nefrologista na sala de pequena cirurgia existente no próprio serviço, evitando a ocupação do bloco operatório por parte destes doentes.

2.1.3. Consulta de acessos vasculares

As consultas de acessos vasculares realizam-se uma vez por semana e pretende preparar o doente para a construção de uma fístula arteriovenosa (FAV) ou enxerto arteriovenoso (EAV), havendo a marcação de exames para determinar o melhor membro para o acesso, numa fase prévia. Após a observação dos principais cuidados, foi possível realizar consultas de acessos vasculares ao doente e família/pessoa significativa. É feita uma breve avaliação inicial, onde inclui informação clínica (se a pessoa é seguida em consulta ou se já está em programa regular de HD e principal medicação de ambulatório) e avaliação das atividades de vida da pessoa. Realizam-se ensinamentos e entrega-se um guia informativo sobre os acessos vasculares existentes e esclarecem-se dúvidas. Nesta fase, reforça-se a importância do doente realizar exercícios com o membro superior escolhido para a construção do acesso vascular, bem como os cuidados a ter para poupar a rede vascular desse mesmo membro.

Para a construção prévia do acesso vascular, é necessário o envolvimento de uma equipa multidisciplinar para o êxito operatório. Assim, segundo a NKF/KDOQI (2006, pp. 246) é fundamental realizar uma anamnese do doente para conhecer as suas necessidades e limitações após a cirurgia. Para além disto, é importante fazer uma avaliação física dos possíveis locais de construção do acesso, para determinar o local e o membro ideal para a permanência do acesso. A FAV é o acesso vascular de eleição para a realização de HD, por ter uma durabilidade superior, apresentar menor risco de infeção e de trombose. Este fato resulta num menor número de internamentos e menores custos para a saúde. Estudos epidemiológicos evidenciaram que o uso da FAV reduz significativamente as taxas de mortalidade e morbilidade (NKF/KDOQI, 2006, pp. 251 e 252). Contudo, esta escolha fica dependente da rede vascular do doente, que é avaliada através do exame físico dos membros e dos resultados dos exames de mapeamento vascular que o médico poderá pedir.

A preservação da rede vascular é um ponto fundamental para o sucesso da construção da FAV. Por esta razão, são incutidos cuidados ao doente e familiar/pessoa significativa, com o objetivo de compreender a importância de realizar exercícios isométricos para potencializar o desenvolvimento vascular, tornando melhores as condições para a construção de uma FAV eficiente (NKF/KDOQI, 2006, pp. 255).

No período pós cirúrgico, é feita uma avaliação semanal do acesso, com a realização dos respetivos tratamentos às feridas cirúrgicas e remoção de material de sutura. Segundo Sousa (2012, pp. 14), é fundamental incentivar o doente para “o desenvolvimento de comportamentos de autocuidado” que o tornem mais competente na “aquisição de habilidades para identificar e evitar ou detetar situações suscetíveis de disfunção da FAV”. Por este motivo, na consulta também se fazem ensinamentos para sensibilizar a pessoa a cuidar do seu acesso venoso, detetar e evitar complicações do mesmo.

Como se trata de uma consulta para a construção de um acesso arteriovenoso para HD, pressupõe a escolha prévia desta técnica dialítica por parte do doente, como TSR escolhida. Contudo, constatei que uma grande maioria das pessoas não sabia para que é que servia o acesso vascular e tinham muitas dúvidas sobre a técnica de HD, tornando-se por vezes, mais uma consulta de esclarecimento e não de acessos vasculares. Esta situação notou-se aquando da realização da consulta de acessos vasculares a uma doente de 70 anos, reformada, a viver sozinha, que não sabia para que servia a respetiva consulta e as razões que motivaram a sua referência.

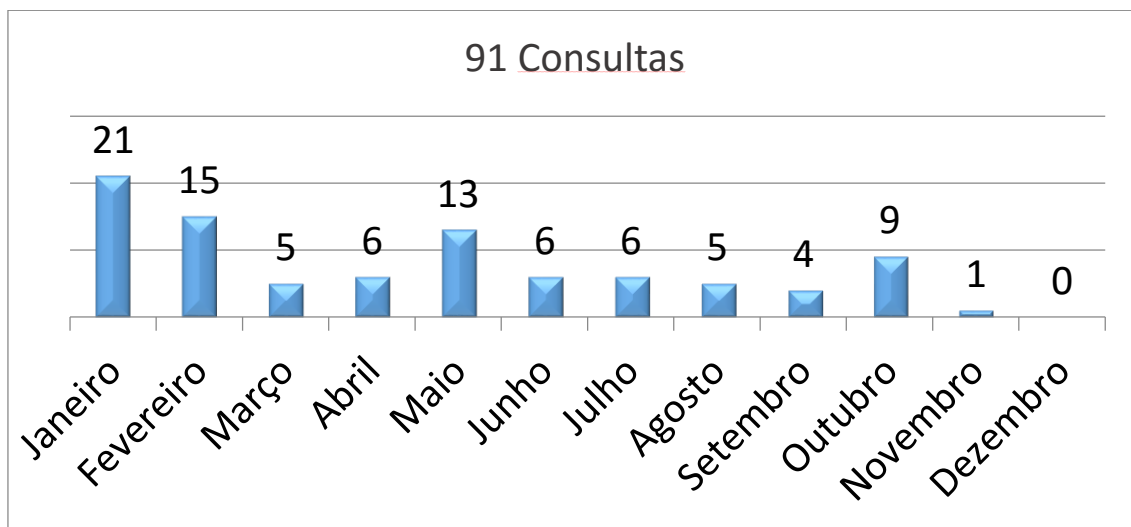
Ainda na área dos acessos vasculares, foi possível ir ao bloco operatório central observar a construção de uma FAV e de um EAV. Acompanhando a colega do bloco, foram realizados cuidados de enfermagem pré, intra e pós operatórios. Mesmo no dia da intervenção cirúrgica, verifiquei muitas dúvidas e receios sobre o acesso vascular, tendo presenciado outra situação de uma doente que não sabia a razão da sua ida ao bloco operatório e quando questionada sobre a finalidade da FAV, afirmava não saber para que servia. Com este momento de aprendizagem, foi desenvolvido competências preconizadas pela EDTNA/ERCA (Chamney et al, 2007) no que diz respeito ao ensino sobre os diferentes acessos vasculares e suporte ao doente quer no pré, intra e pós-operatório.

Para enriquecer os meus conhecimentos na área dos acessos vasculares, assisti a uma formação no serviço, onde se falou dos diferentes tipos de acessos e cuidados a ter com os mesmos, tendo em conta que 72% dos internamentos no serviço em questão são motivados por problemas nos acessos vasculares.

2.1.4. Consulta de esclarecimento

Em relação à consulta de esclarecimento das modalidades terapêuticas, constatei que ainda predominava o método tradicional em que o próprio médico nefrologista, para além do acompanhamento anual/semestral ao doente, realizava o esclarecimento das modalidades terapêuticas, sem os requisitos da norma 017/2011. Através de dados fornecidos pelo serviço, verifiquei que a consulta de esclarecimento tinha deixado de ser feita pela médica e pelos enfermeiros de referência. De acordo com os dados de 2013, apesar de terem sido realizadas 91 consultas de esclarecimento, constata-se uma diminuição gradual da referenciação do doente renal crónico em estadio IV a esta consulta por parte do nefrologista assistente (Gráfico 1). Nestas consultas houve uma intervenção mínima da enfermagem e nula por parte de outros profissionais pertencentes à equipa multidisciplinar (dietista e assistente social). Aquando do meu período de estágio, não existiu nenhuma marcação de consulta de esclarecimento, o que obrigou a uma reformulação do meu projeto.

Gráfico 1. Número de consultas de esclarecimento realizadas no ano de 2013



Fonte: Serviço de nefrologia do Hospital A

Como o meu projeto pretende compreender a importância do papel do enfermeiro na consulta de esclarecimento, mas não existindo uma consulta alicerçada de acordo com a norma 017 da DGS de 2011, considerei que seria pertinente propor a minha participação na construção de material informativo para usar como suporte de transmissão de informação aquando do esclarecimento das modalidades terapêuticas, respeitando o domínio da melhoria contínua da qualidade e da gestão de cuidados ao doente renal crónico em pré-diálise, como preconiza a OE (2010). Assim, foi realizada uma reunião com a enfermeira chefe e a colega da consulta para o acerto dos detalhes na criação de uma apresentação audiovisual para ser exposta na consulta de esclarecimento acerca das várias TSR. Tendo em conta a informação da norma e sabendo que existe a obrigatoriedade de se entregar a mesma ao doente aquando da consulta de esclarecimento, foram construídos diapositivos que abordam as diferentes opções de tratamento (Apêndice IV): **DP:** em que consiste; as duas modalidades (DPCA e DPA); o cateter necessário para realizar a técnica; vantagens e desvantagens da DP; **HD:** em que consiste; os diferentes acessos vasculares (FAV, EAV e cateter de HD) para a realização da mesma; importância de manter atividade física e restrição alimentares; vantagens e desvantagens da HD; **Transplante renal:** em que consiste; centros de transplantação; como se torna candidato à transplantação e como é possível realizar transplante de dador vivo; vantagens e desvantagens do transplante renal; **Tratamento Conservador:** em que consiste e em que situações se aplica.

Para tornar mais fácil a compreensão sobre DP e HD foram construídos dois curtos filmes que resumem a abordagem destas duas TSR. Após a sua conclusão, foi possível por em prática a apresentação audiovisual (diapositivos e filmes) construída e verificar os seus resultados na prática. Utilizou-se a apresentação para esclarecimento a duas doentes, por diferentes motivos: na primeira situação, o médico nefrologista assistente solicitou, pontualmente, a intervenção de enfermagem para o esclarecimento das TSR, a uma doente em estadio IV, com 30 anos, casada, empregada doméstica, tendo a possibilidade de horários flexíveis. A doente em questão teria optado pela DP, após a consulta médica. Assim, houve possibilidade de realizarmos uma sessão de esclarecimento, utilizando o material informativo audiovisual construído para a intervenção de enfermagem. Para além da apresentação em diapositivos e dos filmes, houve a possibilidade de ter um testemunho de uma doente já em DP para mostrar o cateter de DP e falar da sua experiência. Após a sessão de esclarecimento, houve um feedback positivo tanto da doente que tinha que optar, como da doente que se voluntariou para falar um pouco da realidade do que é a DP. A doente mostrou-se mais confiante e sobretudo mais esclarecida, com a certeza que a DP seria a escolha mais acertada, tendo em conta a sua condição de saúde e do seu estilo de vida, revelando respostas adaptativas à sua situação de saúde, como defende Callista Roy.

Na segunda situação, a doente teria HD como TSR escolhida, uma vez que esta abordagem foi realizada na consulta de acessos vasculares. Durante esta consulta, a doente mostrava-se angustiada, com labilidade emocional, desconhecendo o que era a HD, revelando respostas inadequadas no modo de autoconceito²¹. Esta situação não nos foi indiferente e utilizando a apresentação dos diapositivos acerca das TSR, bem como o filme sobre HD, foi possível elucidar a doente acerca do que é a HD e as principais alterações que surgem no seu dia-a-dia quando se inicia esta TSR. Tal como na situação anterior, houve um doente que se voluntariou para falar da sua experiência acerca do período em que realizou HD (era um jovem transplantado), sobretudo os cuidados a ter com a FAV e o que poderá suceder após as sessões de HD. Sabendo que aquela sessão de esclarecimento não teria os resultados desejados (que seria uma escolha prévia mais consentida) uma vez que a HD era a técnica escolhida, a doente mostrou-se grata por ter tido oportunidade de falar das suas dúvidas e dos seus medos, que lhe eram causadores de stress e ansiedade. Posteriormente, cruzei-me com a doente nos corredores e esta

²¹Modo subjacente à integridade psíquica em relação ao eu pessoal, que engloba o bem-estar espiritual, ilustrando o comportamento auto-ideal na resolução de acontecimentos adversos (Roy et al, 2001, pp. 29 e 30).

mostrou-se mais tranquila e mais confiante no futuro, mostrando respostas mais adaptativas no modo autoconceito de acordo como o MACR.

Uma das competências do enfermeiro especialista, preconizada pela EDTNA/ERCA, será informar e esclarecer sobre as modalidades terapêuticas de substituição renal, envolvendo a equipa multidisciplinar e auxilia-lo a escolher a TSR que mais de adequa ao seu estilo de vida e condição de saúde. Nestas duas situações vividas foi parcialmente possível avaliar e identificar as respostas adaptadas e não adaptadas de uma maneira superficial em relação à gestão da doença e à futura TSR, não existindo possibilidade de uma avaliação mais profunda nos quatro modos adaptativos definidos por Callista Roy, pelo pouco tempo existente.

Estes acontecimentos vêm ao encontro do estudo de Iles-Smith (2005, pp. 132) que constatou um reduzido conhecimento dos doentes em relação à doença e TSR, havendo necessidade de facultar o acesso à mesma, de uma maneira individual. Para além disto, o apoio de material audiovisual poderá ajudar o doente a interpretar mais corretamente a informação transmitida, evitando erros de interpretação. Esta investigadora concluiu ainda que a partilha de experiências por parte de pessoas que já fazem uma TSR poderá auxiliar o doente em fase de pré-diálise a ter uma noção mais realista do que é estar em diálise (Iles-Smith, 2005, pp. 133).

Chiou & Chung (2012, pp. 1229) realizaram um estudo em Taiwan para verificar a eficácia da implementação de material informativo audiovisual com animação, na educação dos doentes. A amostra era representada por 60 doentes, em que 30 receberam educação e informação tradicional (grupo de controle) e os outros 30 doentes receberam educação e informação com o auxílio de material audiovisual (grupo experimental). Concluíram que os doentes do grupo experimental obtiveram melhores classificações a nível de conhecimentos e apresentavam menos incerteza em relação ao grupo de controlo. Como tal, a utilização do material audiovisual demonstrou ser uma ferramenta útil para ajudar os doentes em fase pré-diálise a tomar decisões.

Murphy et al (2008, pp. 194) afirmam que, o modo como os profissionais de saúde providenciam a educação aos doentes em pré-diálise, pode influenciar a escolha da TSR. Existem vários métodos para transmitir a informação e ajudar o doente a estruturar essa informação, consolidando o seu raciocínio. A educação do doente, providenciando técnicas audiovisuais e visitas às unidades de diálise, demonstrou ser eficaz para o doente se tornar mais envolvido na escolha da sua TSR. Contudo, é necessário adaptar a

informação transmitida ao doente, tendo em conta o seu nível de compreensão e as suas necessidades (Walker et al, 2010a, pp. 7).

No estudo efetuado por Tweed et al (2005, pp. 662 e 663) constataram também, que a partilha de experiências por parte de outras pessoas com a mesma doença e já em TSR revelou-se muito eficaz na redução da ansiedade e dos sentimentos de isolamento, potencializando a tomada de decisão do doente, transmitindo por isso, sentimentos de confiança e de otimismo em relação ao futuro. Batalden & Davidoff (2007) reforçam a ideia que a criação de um ambiente que envolva intervenções dos profissionais de saúde e a partilha de experiências com outras pessoas com DRC, potencializa as capacidades dos doentes em pré-diálise (*empowerment*) ao adquirirem uma maior compreensão da doença, um entendimento que é essencial para a preparação adequada do futuro (Aujoulat et al, 2007), garantido pelo controle progressivo da sua situação (Nygårdh et al, 2012, pp. 286 e 292).

Como houve uma reação positiva por parte dos doentes com quem tivemos oportunidade de utilizar o material construído ao longo do ensino clínico, foi proposta uma reunião no início de 2015 entre o diretor clínico, a enfermeira chefe e a colega responsável pelas consultas, para ajuizar a construção de uma consulta de esclarecimento, com a intervenção do médico nefrologista, concomitantemente com o enfermeiro, contribuindo para a construção de uma equipa multidisciplinar mais transdisciplinar.

A constante interação entre enfermeiro e médico em nefrologia, na avaliação das necessidades do doente em pré-diálise, é um caminho de sucesso para a execução de cuidados eficientes (Walker et al, 2012, pp. 34). A introdução de uma equipa multidisciplinar nos cuidados ao doente em pré-diálise revelou-se de extrema importância por traduzir-se numa melhoria da gestão da doença pelo doente, refletindo-se numa indução dialítica em melhor condição de saúde, com melhor aceitação da sua nova realidade de vida (Nascimento et al, 2013, pp. 26 e 27). Strand et al (2012, pp. 57) verificaram que o envolvimento de uma equipa multidisciplinar no cuidado ao doente em pré-diálise revelou ser um suporte com um efeito positivo na educação, resultando no retardamento da progressão da DRC. Como efeito secundário, estes cuidados atrasam o intervalo de tempo em que o doente precise de uma TSR, tendo impacto positivo no bem-estar da pessoa com DRC, verificando-se um aumento da sua confiança e autoestima.

O material audiovisual elaborado ficou na posse da enfermeira chefe e da colega que me acompanhou ao longo deste ensino clínico, à espera de uma aprovação da direção de enfermagem, para a sua aplicação nesta consulta.

Foi proposto pela enfermeira chefe realizar uma ação de formação aos colegas do serviço de nefrologia, de modo a difundir e a esclarecer a norma 017 da DGS de 2011 (Apêndice V) e suscitar o debate sobre a mesma. Esta ação de formação pareceu-me pertinente, pois levou à partilha de experiências. Falou-se ainda das dificuldades vividas nesta consulta e das questões éticas que o tratamento conservador poderá levantar em determinadas situações, contribuindo para o desenvolvimento do domínio relativo às aprendizagens profissionais.

2.1.5. Unidade de Hemodiálise e Hospital de Dia

Para continuar a dar resposta aos objetivos deste ensino clínico, foram prestados cuidados de enfermagem ao doente renal crónico em programa de HD. Segundo dados do serviço, houve 705 doentes a realizar sessões de HD, sem contabilizar os 25 doentes crónicos, em ambulatório. Comparando com os dados de 2013, houve mais 94 doentes a realizar tratamento de HD nesta unidade de nefrologia. As salas funcionam num período normal das 8 às 23,30 horas e das 23,30 horas às 8 horas realizam sessões de hemodiálise em situação de urgência a doentes do serviço, de outros serviços ou de outras instituições, ou como prolongamento da sala, aquando de maior afluência de doentes. Como é a área desta especialidade em que tenho mais experiência, foi pertinente partilhar as minhas vivências e contactar com diferentes formas de prestar cuidados a estes doentes. As heparinizações de cateteres de HD, o material utilizado, nomeadamente as agulhas retráteis para puncionar os acessos arteriovenosos, diferentes do que utilizo habitualmente, permitiu ampliar os meus conhecimentos e enriquecer a minha abordagem ao doente renal crónico em programa regular de HD, valorizando assim o domínio das aprendizagens profissionais.

O Hospital de Dia funciona 24 horas, todos os dias da semana e ao fim-de-semana, sempre que haja uma situação que requeira intervenção de urgência. Para além das situações de urgência, acompanha doentes com DRC que ainda não necessitam de TSR, mas que precisam de administração de terapêutica endovenosa como Ferro, antibioterapia, concentrado de eritrócitos, entre outros. Foi também realizada a desobstrução de um cateter de diálise com fármaco trombolítico (Alteplase). Houve ainda a possibilidade de contactar com uma doente que padecia de doença de Fabry²². Estes

²²Trata-se de uma patologia degenerativa, que se caracteriza pela ausência da enzima alfa-galactosidase, levando ao acumular progressivo de uma gordura (globotriaosceramida – Gb₃), responsável pela lesão de vários órgãos, nomeadamente os rins (Terry; Cochat; Froissart; Ortiz; Pirson; Poppe; Serra, Van Biesen; Vanholder & Wanner, 2013, pp. 506).

doentes têm um grande limite de esperança média de vida devido ao envolvimento cardiovascular, neurológico e renal. Por este motivo, eram seguidos na nefrologia para vigilância e para o tratamento de substituição enzimática, através da administração de Fabrazyme²³, no Hospital de Dia.

A minha passagem no Hospital de Dia permitiu constatar, mais uma vez, que uma interação contínua entre enfermeiro-doente ajuda a reforçar a criação de uma relação de confiança para o envolvimento do doente no seu tratamento, sabendo das vantagens que esta relação tem na adesão do doente ao tratamento. O dinamismo criado pelas colegas do Hospital de Dia inculca responsabilidade ao doente na gestão da sua doença e tratamento. Nas situações que presenciei, os doentes eram responsáveis por trazer a medicação injetável prescrita pelos médicos e quando não podiam comparecer ao tratamento, comunicavam e agendava-se para outro dia. Como já foi referido anteriormente, a relação terapêutica promovida no exercício profissional de enfermagem deve-se caracterizar pela parceria estabelecida entre enfermeiro-doente, tendo em conta as suas capacidades e o seu envolvimento terapêutico. Nesta relação desenvolve-se o respeito pelas suas capacidades e a valorização do seu papel, que se fortalece ao longo de um processo dinâmico e que tem por objetivo ajudar o doente a ser “proactivo” no seu tratamento (OE, 2001, pp. 10).

2.1.6. Unidade de Internamento

Tendo em consideração os objetivos deste ensino clínico, foram prestados cuidados de enfermagem a doentes com DRC no serviço de internamento. Segundo dados do serviço, a idade média dos mesmos encontra-se pelos 63,2 anos tendo 42,5% dos doentes idade superior a 70 anos (e 19% dos doentes com uma idade superior a 80 anos), apresentando um elevado grau de dependência de cuidados de enfermagem. A causa mais frequente de internamento são complicações do acesso vascular para doentes submetidos a HD, mas também foi possível acompanhar situações de intercorrências ou complicações intradialíticas e de agudização da DRC por diversas razões. Existe uma interligação frequente entre a equipa de internamento e a equipa da DP, aquando a existência de doentes em DP internados, sendo as peritonites e as colocações/recolocações dos cateteres

²³O Fabrazyme é um medicamento de substituição da enzima alfa-galactosidase, que remove parte dos depósitos de Gb₃, permitindo o controlo dos sintomas e proteção dos órgãos alvo, visando o retardamento da progressão da doença, apesar dos efeitos da terapia de substituição enzimática serem ainda pouco compreendidos na progressão da doença renal (Terry et al, 2013, pp. 506).

de DP as principais causas de internamento destes. Os doentes transplantados eram encaminhados para outro serviço e por este motivo não foi possível acompanhar estes doentes no internamento.

Apesar de atualmente exercer funções num outro serviço de nefrologia, foi possível partilhar experiências e situações clínicas que levam a reflexão. Uma das situações que acompanhei com a colega do serviço de internamento foi a de um senhor de 70 anos, independente nas suas atividades de vida diária, reformado, que devido a uma vasculite teve agravamento da sua função renal. Foi sujeito a tratamento conservador, mas como a sua condição de saúde continuava a agravar, estava em risco de induzir HD. Encontrava-se muito renitente ao início desta TSR e numa tentativa de ultrapassar este impasse, sem desrespeitar a sua decisão, foram utilizadas estratégias que o ajudasse a decidir a indução em HD, sabendo os riscos que corria se não o fizesse. Contudo, não foi possível aperceber-me se o doente em questão teria sido bem esclarecido da sua condição de saúde e do objetivo da HD.

Tendo em conta a situação descrita, os profissionais de saúde atuaram pelo respeito do princípio de autonomia²⁴ do doente, por se tratar de uma pessoa consciente, com os seus valores morais e pessoais. Uma pessoa autónoma é capaz de deliberar sobre as suas ações e de agir em conformidade com as suas decisões pessoais, desde que não ponha em causa a integridade física de outras pessoas. Segundo Cabral (1996), respeitar o princípio da autonomia, é respeitar a dignidade humana, sendo este um princípio fundamental pelos direitos humanos (Matos, 2008, pp. 33). No Código Deontológico do Enfermeiro, o artigo 84 defende o direito do doente a ser informado, dando relevância à capacidade de autodeterminação da pessoa, incluindo o desejo da recusar determinado tratamento, mesmo que essa decisão seja maléfica para a sua saúde (OE, 2012, pp. 77).

Nesta situação em particular, apesar de não me ter apercebido de um esclarecimento que fosse suficiente para a obtenção do consentimento, houve posteriormente uma reunião entre o nefrologista, o doente e o seu familiar de referência. A equipa médica optou por incluir na decisão clínica do doente um familiar, apesar do doente estar consciente e capaz das suas faculdades mentais. Desta reunião, resultou a assinatura do consentimento informado por parte do doente, para induzir HD. O artigo 3º da Declaração Universal dos Direitos Humanos e o artigo 24º da Constituição Portuguesa, defendem o direito à vida e como tal, desde que os profissionais de saúde não atuem em

²⁴Do ponto de vista ético, autonomia “refere-se ao respeito pela autodeterminação humana do doente, dos seus familiares ou do seu representante legal, fundamentando a relação clínica entre os profissionais de saúde e o doente e o consentimento nos diversos tipos de tratamento disponíveis” (Matos, 2008, pp. 33).

desrespeito com as decisões dos doentes, é possível utilizar outras estratégias que possam alterar as decisões dos doentes, sem que haja manipulação, coação ou paternalismo²⁵. O doente não recuperou a função renal mas penso que foi feito um trabalho satisfatório, para a obtenção do consentimento informado, embora considere que o esclarecimento ao próprio e a própria aplicação da norma 017/2011 não tenha sido cumprida, conforme o algoritmo para decisão da TSR, que defende a norma 017/2011, referido no subcapítulo 1.1. Para a compreensão da tomada de decisão desta situação, a unidade curricular Enfermagem Nefrológica Fundamental permitiu compreender os princípios éticos e deontológicos envolvidos, indo ao encontro do preconizado pela OE em relação às competências do enfermeiro especialista aquando da responsabilidade ética e legal.

Na continuação dos cuidados ao doente internado, acompanhei mais uma vez a colega responsável da sala de pequena cirurgia pertencente ao serviço, na realização de uma biópsia renal e foram prestados cuidados de enfermagem no antes, durante e após biópsia, tendo em conta o protocolo do serviço.

2.1.7. Apreciação final do ensino clínico no Hospital A

As 12 semanas de ensino clínico no Hospital A permitiram-me contactar com uma grande diversidade de situações e enriquecer os meus conhecimentos nas várias áreas de intervenção desta especialidade. Dentro da especialidade de nefrologia, destaco o papel fundamental do enfermeiro ao nível da educação dos doentes, quer antes do início de uma TSR quer das pessoas já transplantadas ou em DP/HD. O acompanhamento frequente dos doentes com DRC permite o conhecimento dos seus problemas pessoais, sociais e económicos, essencial para o estabelecimento de uma relação de ajuda baseada no respeito e na cooperação mútua. O envolvimento da família/pessoa significativa é fundamental, como foi demonstrado na situação da visita domiciliária ao doente em DPCA. As visitas domiciliárias promovidas pelo respetivo hospital são uma mais-valia, garantindo a continuação dos cuidados, que se iniciam na unidade hospitalar, permitindo ainda observar a adaptação do doente e família ao tratamento de DP.

Considerando as dificuldades económicas que alguns doentes vivenciam e para evitar a exposição a agentes infecciosos por parte dos doentes transplantados, o contacto telefónico que as colegas efetuavam no final das consultas para alertar os mesmos

²⁵ Ato beneficente que não atende a autonomia da pessoa. Caracteriza-se pela atitude dos profissionais de saúde pensarem que sabem qual é o “bem dos outros e o que é bem para cada um” (Vieira, 2010, pp 32).

aquando da existência de uma infeção e do tratamento, que deveriam iniciar após a prescrição do médico, revelou-se pertinente.

Tendo em conta o estágio e as atividades desenvolvidas, penso que os objetivos gerais foram alcançados, apesar de inicialmente constatar a não intervenção da enfermagem nas consultas de esclarecimento. A participação da enfermagem, em equipa multidisciplinar nestas consultas, tem como objetivo ajudar o doente com DRC a escolher a sua TSR, mais adequada ao seu estilo de vida e de saúde, como defende a norma 017/2011. Esta situação levou a reformular a minha prestação no ensino clínico, que foi muito positiva, por ter colaborado na construção de material audiovisual para ser utilizado na intervenção de enfermagem na consulta de esclarecimento, que poderá contribuir para uma melhor explicitação das TSR, como vivenciado nas duas situações descritas anteriormente. A ação de formação em serviço realizada sobre a norma 017/2011 da DGS, também foi pertinente tendo incitado discussão e reflexão sobre a mesma, principalmente sobre o tratamento médico conservador. Foi possível nesta formação, salientar a importância da enfermagem na consulta de esclarecimento e suscitar o interesse de a concretizar no futuro. Tendo em conta o que foi aprendido e relatado, considero que as competências propostas no subcapítulo 1.5. terão sido desenvolvidas, como demonstrado na avaliação final do ensino clínico em Anexo II.

2.2. Hospital B

O ensino clínico no Hospital B ocorreu entre 5 de Janeiro a 13 de Fevereiro de 2015. Tive oportunidade de acompanhar os colegas do serviço de nefrologia nas consultas de esclarecimento e nas consultas de enfermagem nefrológica. Apesar de ter sido realizado num curto período de tempo, permitiu trocar experiências quer da minha vida profissional, quer do Hospital A.

Os objetivos específicos delineados para este local de estágio foram:

1. Identificar as dificuldades dos enfermeiros para a execução dos cuidados que incentivam a gestão da doença e na escolha da TSR aos doentes adultos com DRC em estadio IV;
2. Identificar as necessidades que os enfermeiros da consulta de esclarecimento pensam que são sentidas pelos doentes adultos com DRC em estadio IV, para a efetivação da escolha de uma TSR.

Para cada local de passagem no Hospital B, criei um subcapítulo onde descrevo as atividades desenvolvidas e as aprendizagens adquiridas.

2.2.1. Consulta de enfermagem nefrológica

As consultas de enfermagem na especialidade de nefrologia decorrem duas vezes por semana, não existindo um enfermeiro de referência para o serviço de consultas, sendo os colegas da sala de hemodiálise que rodam pelas duas valências. Os doentes em consulta são referenciados por outras especialidades médicas ou pelo médico de família após detetarem alterações da função renal.

Estas consultas precedem a consulta médica e têm uma periodicidade mensal, trimestral ou anual, consoante o estadio da doença em que se encontra a pessoa. O enfermeiro realiza uma pequena avaliação das atividades de vida e a recolha de informações acerca da história de vida do doente. Posteriormente, faz uma avaliação dos sinais vitais, peso, perímetro abdominal, esclarece dúvidas e proporciona sessões de educação para a saúde.

Após os primeiros dias de contacto com o sistema informático e com os cuidados proporcionados pelos colegas, foi possível prestar cuidados ao doente renal crónico, desde do estadio II ao IV, da DRC. A primeira situação que me fez refletir sobre a aplicabilidade do MACR diz respeito, a um doente com 72 anos de idade, reformado, a viver com a esposa, com antecedentes pessoais de hipertensão e diabetes tipo II não controlado. Após realizar um levantamento de informações para melhor avaliação dos comportamentos da pessoa, foi possível identificar respostas adaptativas e não adaptativas. Apesar de não ter sido a primeira consulta de nefrologia, apresentava ainda muitas dúvidas sobre a doença e sobre a sua alimentação. Para ele, por não “sentir nada”, não lhe fazia muito sentido a necessidade de ir com frequência à “consulta dos rins”, revelando assim um processo de inadaptação no modo fisiológico, no que diz respeito à alimentação. Perante as dúvidas apresentadas pelo doente, procedeu-se à realização de intervenções que visassem gerir os estímulos, de maneira a promover a adaptação. Assim, através de uma linguagem simples e de fácil compreensão, esclareceram-se as dúvidas demonstradas pelo doente. Foi entregue um panfleto sobre a alimentação que o pudesse orientar em casa e foi incentivado a trazer a esposa nas próximas consultas para que se envolvesse também nos cuidados, uma vez que era ela que preparava as refeições em casa. Na consulta seguinte realizou-se uma avaliação dos objetivos adaptativos, apesar de

o doente se manter um pouco renitente aos ensinamentos. Contudo, tinha trazido o registo das monitorizações da tensão arterial e das glicemias numa folha e a esposa veio com o mesmo à consulta, demonstrando grande interesse em se envolver no processo terapêutico do seu familiar.

Na segunda situação, um senhor com 68 anos, reformado, de nacionalidade ucraniana a viver em Portugal há cerca de 20 anos, com antecedentes pessoais de hipertensão e diabetes mellitus tipo II, acompanhado pela esposa, ao se realizar a anamnese, constatou-se que nos seus hábitos alimentares incluía a ingestão frequente de enchidos, consumo de carne de porco, vodka ou vinho às refeições. Mais uma vez, este doente demonstrava que tinha comportamentos não adaptados à sua DRC e que eventualmente, a cultura como estímulo contextual, estaria a favorecer comportamentos não adaptados, ameaçando a sua saúde. Foram realizados ensinamentos sobre hábitos alimentares mais adequados à DRC e feito uma adaptação de alguns alimentos tendo em conta a sua cultura. Dada a especificidade da situação, foi-nos percebido que seria um desafio alterar a sua mentalidade em consultas muito desfasadas pelo que, em concordância com o seu nefrologista de referência, foram programadas consultas quinzenais. O objetivo de um acompanhamento menos espaçado deveu-se, não ao agravamento exacerbado da sua função renal, mas para se proceder a uma maior vigilância e possibilitar a realização de sessões de educação para a saúde com maior frequência, de modo a promover respostas adaptativas considerando os modos adaptativos identificados como alterados. Após os ensinamentos realizados ao senhor e à esposa, os seus hábitos alimentares foram-se adequando à sua DRC. A senhora mostrou-se muito receptiva aos ensinamentos e foi uma peça fundamental para incentivar o doente a seguir as indicações dadas, para se conseguir protelar um agravamento indesejado da sua função renal.

Neste período do ensino clínico verificou-se, mais uma vez, a importância da inclusão de um familiar ou pessoa significativa no processo de tratamento do doente. O envolvimento da família/pessoa significativa no processo terapêutico do doente é fundamental para que o enfermeiro possa integrá-la na doença crónica do seu familiar, precavendo-a da necessidade de alteração de hábitos de vida (por exemplo, a alimentação) e de prepará-la para complicações associadas à doença (Carvalho, 2012, pp. 32). Para além disto, é fundamental como suporte ao seu familiar doente (Tweed et al, 2005, pp. 662).

O programa educacional para a saúde proporcionado por estas consultas de enfermagem revelou-se importante para auxiliar o doente a gerir a sua doença e consequentemente o seu tratamento. A fase pré-diálise é uma etapa da doença causadora de stress, quer pela incerteza e apreensão, quer pela necessidade de ter que ajustar muitos estilos de vida, adquiridos ao longo da vida (Lewis et al, 2010, pp. 145).

As intervenções de enfermagem que foram executadas nestas consultas e que visam a promoção da saúde e da adaptação do doente e família à adversidade do momento, estão de acordo com as competências do enfermeiro especialista em nefrologia, preconizado pela EDTNA (2007). Esta defende a educação do doente e do seu familiar/pessoa significativa acerca da DRC e seu tratamento, bem como a necessidade de avaliar e monitorizar o doente com DRC.

Apesar da consulta de enfermagem em nefrologia ter como objetivo educar e prevenir complicações, apercebi-me que nem sempre era possível realizar os ensinamentos mais adequados às necessidades dos doentes. Verifiquei alguns entraves à comunicação e muitos doentes demonstraram pouco à vontade em falar com o enfermeiro para transmitir os seus receios, medos e dúvidas. Penso que estes problemas surgiram devido à não existência de um enfermeiro de referência que desse continuidade ao processo relacional e ao pouco tempo disponível que os profissionais dispunham para cada consulta, tão importante para o *empowerment* e para a aplicação do MACR, aquando da avaliação dos quatro modos de adaptação.

No estudo realizado por Mahomed, John & Patterson (2012, pp. 2543 e 2544), identificaram duas etapas fundamentais no processo de relação entre enfermeiro-doente para controle da doença crónica: tempo e comunicação. Estes investigadores vão ao encontro do estudo de Gibson (1991), sobre o conceito de *empowerment*. O tempo é um conceito crítico para o aparecimento de uma relação de confiança e de respeito, fundamental para resultados terapêuticos satisfatórios. Associado ao fator tempo existe o conceito de qualidade de tempo. Assim, os participantes do estudo consideraram que a qualidade de tempo com o enfermeiro também era importante. Os doentes querem sentir que, aquando da consulta, eles são a prioridade número um do enfermeiro e que este se interessa pelas suas preocupações. A comunicação deveria ser amigável e aberta. Mahomed et al, (2012, pp. 2544) perceberam que a partilha de experiências por parte do enfermeiro e o ouvir atentamente os doentes na consulta, tornava mais fácil o estabelecimento de um relacionamento vital para o processo terapêutico do doente. Dando

continuidade ao relacionamento previamente estabelecido, diminui o risco de fragmentação, surgindo a ideia da importância de um enfermeiro de referência.

A minha passagem por esta consulta colaborou no desenvolvimento do domínio das aprendizagens profissionais, na gestão de cuidados ao doente renal crónico seguido na consulta de enfermagem desta especialidade, sempre com uma intervenção responsável, com base nos princípios éticos e deontológicos.

2.2.2. Consulta de esclarecimento

A consulta de esclarecimento realiza-se uma vez por semana, podendo existir uma ou mais sessões, consoante as necessidades dos doentes. Tal como a consulta de enfermagem em nefrologia, não existe uma equipa específica para esta consulta, sendo também os colegas da sala de hemodiálise que dão apoio à consulta de esclarecimento. Tem intervenção do médico nefrologista e do enfermeiro. Não tem a intervenção do assistente social nem da dietista, por escassez destes profissionais, apesar de fazerem parte da equipa multidisciplinar preconizada pela respetiva norma. O nefrologista expõe as TSR disponíveis e dependendo das informações que recolhe sobre a vida do doente, aconselha os doentes sobre a modalidade de tratamento de substituição mais apropriada à sua condição de saúde e estilo de vida. Para auxiliar a transmissão de informação, utiliza material informativo em diapositivos com as TSR, cumprindo o requisito da norma 017 da DGS de 2011. Posteriormente, o enfermeiro esclarece dúvidas sobre o que foi transmitido, apesar de nem sempre existir intervenção de enfermagem. O tempo também foi uma condicionante para a transmissão de informação sobre as TSR, tendo em conta a especificidade de cada pessoa e a linguagem muito científica da norma, terá sido uma barreira na compreensão das modalidades terapêuticas, segundo os doentes que foram acompanhados na consulta de esclarecimento.

Foi possível acompanhar a consulta de 3 doentes. A primeira situação tratou-se de um doente com 50 anos, reformado, diabético e invisuál, a viver sozinho. Foi acompanhado à consulta pela irmã, que lhe dá apoio, mas que nem sempre poderá responder às necessidades do seu irmão. Após avaliação da sua condição de saúde e do contexto sociocultural, foi aconselhado a optar por HD devido ao facto de ser invisuál e não ter ajuda permanente. De acordo com a norma 017/2011 da DGS (2011, pp. 2), o médico não deve dispensar “o exercício do seu dever de informar adequadamente o doente, bem como o de proceder, se for caso disso, ao ajustado aconselhamento, de acordo

com as especificidades de cada caso clínico, sem prejuízo da livre opção do doente”. Também Walker et al (2010a, pp. 7) no estudo efetuado constataram que, para além da informação transmitida ter que ser ajustada ao nível da compreensão dos doentes, é necessário ter em conta as suas necessidades e o estilo de vida. Não existindo comportamentos indesejados nos modos de adaptação segundo o MACR que merecesse intervenção imediata, foi feito o esclarecimento de dúvidas por parte do enfermeiro e entregue esta norma pelo médico, respeitando a obrigatoriedade imposta pela mesma, apesar dos doentes se queixarem da linguagem complexa que apresenta.

A segunda consulta, tratou-se de uma segunda sessão de esclarecimento, onde a senhora de 70 anos, reformada, vivendo com o marido, aparentemente sem outras complicações de saúde, tinha ficado inclinada para optar por DP. Apesar do Hospital B não ter ainda uma unidade de DP e a doente ter apresentado ainda muitas dúvidas sobre a técnica de DP, foi feito um contacto com uma unidade de DP de outro hospital da área, onde a doente pudesse realizar uma visita e tivesse a oportunidade de contactar com esta modalidade terapêutica, esclarecendo dúvidas com os enfermeiros responsáveis pela unidade de DP. Esta situação pareceu-me pertinente, não só pelo que foi dito sobre as vantagens que os doentes têm ao contactar com as unidades de diálise e partilha de experiências, como também pela resolução desta desvantagem do Hospital B, ao não ter ainda uma unidade de DP, mas facultar aos seus doentes a possibilidade de contactar com esta TSR noutro hospital.

A terceira consulta tratou-se de um doente com 40 anos de idade, empregado, casado e pai de 2 filhos. Apresentava conhecimentos na área da saúde e tinha o exemplo de um familiar com DRC, o que facilitou a transmissão da informação e consequentemente o seu processo de adaptação de acordo como o MACR. Após a exposição das dúvidas do doente e a partilha do seu ponto de vista, este ficou pensativo em relação ao transplante renal, tendo sido remarcada outra consulta de esclarecimento. Foi entregue a norma 017 da DGS de 2011, para posteriormente esclarecer dúvidas sobre todas as TSR.

Estas intervenções vão ao encontro do que é proposto pela norma 017 da DGS de 2011 e pela EDTNA/ERCA (Chamney et al, 2007) em relação à intervenção de enfermagem, que defende os cuidados de enfermagem no auxílio do doente a escolher a sua TSR e avaliar os recursos do doente em relação às TSR propostas, colaborando com o médico nefrologista.

Da literatura consultada para a realização deste relatório, não há descrição de nenhuma *guideline* sobre a melhor estruturação e o modo de realização da consulta de nefrologia e de esclarecimento das TSR ao doente com DRC. Existem exemplos de estruturação de uma possível consulta mas o que é unânime, é que a realização de uma única sessão de educação/esclarecimento poderá ser insuficiente para a transmissão de informação (Walker et al, 2010a, pp. 7).

Como houve referências dos doentes aos enfermeiros da consulta, sobre a difícil compreensão da norma 017 da DGS de 2011 que é entregue pelo médico, voluntariei-me a construir panfletos (Apêndice VI) sobre as técnicas dialíticas, nomeadamente HD e DP. A não inclusão do transplante renal e do tratamento médico conservador nos panfletos deve-se à especificidade destas modalidades terapêuticas, que requerem um outro tipo de seguimento após a sua escolha. Como já foi referido anteriormente, o auxílio de meios complementares de informação ajudam a estruturar a informação transmitida ou fornecida, permitindo que o doente alicerce o seu raciocínio, potencializando uma escolha mais consentida da TSR pretendida e facilitar o seu processo de adaptação (Murphy et al, 2008, pp. 194). Deste modo, foi também alcançado o domínio da melhoria contínua da qualidade nos cuidados ao doente com DRC em pré-diálise.

Para efetivar a problemática do projeto, foi realizada uma pesquisa sobre a importância do enfermeiro nesta consulta; as dificuldades dos doentes, identificadas pelos enfermeiros aquando da consulta; as dificuldades sentidas por estes profissionais aquando da consulta e perceber a aplicabilidade da norma 017 da DGS de 2011 e a sua importância para o papel do enfermeiro. Foi utilizado um questionário, cujos resultados exponho no capítulo seguinte.

2.2.3. Apreciação final do ensino clínico no Hospital B

Neste campo de estágio, a consulta de enfermagem na especialidade de nefrologia e a consulta de esclarecimento das TSR, permitiram-me ter mais noções do contributo desta disciplina no ensino e esclarecimento das TSR à pessoa com DRC em pré-diálise e da aplicabilidade da norma 017 da DGS de 2011. O tempo e a relação médico-enfermeiro-doente é de extrema importância para o sucesso no acompanhamento do doente com DRC. O curto tempo disponível influencia a comunicação e posteriormente a relação dos intervenientes, prejudicando o *empowerment*. O resultado desta situação leva à

transmissão inadequada de informação, necessária para auxiliar o doente no seu esclarecimento e consequentemente na adaptação do mesmo à doença e à TSR futura.

Neste campo de estágio também foi possível verificar a diferença de atitude por parte dos géneros. Esta situação vai ao encontro do que foi estudado na unidade curricular “Adaptação à Doença Renal Crónica”. Por norma, a mulher é menos prevaricadora que o homem, procurando seguir com maior rigor as indicações que são dadas ajudando o seu familiar doente, no regime terapêutico estabelecido.

Foi pertinente apoiar o enfermeiro na consulta de enfermagem em nefrologia num acompanhamento com maior periodicidade na primeira situação descrita do subcapítulo 2.2.1, revelando a importância da interdisciplinaridade na equipa multidisciplinar, para o bem do doente.

Disponibilizar às pessoas a possibilidade de contactar com a DP noutra hospital, também me pareceu bastante positivo para a aprendizagem da mesma e para auxiliar a escolha que esta tem de fazer sobre a TSR. Apesar do Hospital B não possuir uma unidade de DP, existe um projeto para a construção de uma unidade de DP em articulação com o serviço de nefrologia e consulta de esclarecimento, à espera de aprovação do conselho de administração.

Apesar do tempo de ensino clínico ter sido mais curto no Hospital B em comparação com o do Hospital A, penso que os objetivos propostos para este campo de estágio terão sido alcançados, tendo contribuído para o desenvolvimento das competências descritas no subcapítulo 1.5., como demonstra a avaliação final de estágio em Anexo III.

3. PESQUISA REALIZADA DURANTE O ENSINO CLÍNICO

A temática deste trabalho surgiu, por um lado, com a noção de que a enfermagem tem um papel essencial na fase de pré-diálise, por outro lado, pela aplicação recente da norma 017/2011, que defende uma maior multidisciplinaridade, nomeadamente a intervenção da enfermagem no esclarecimento do doente sobre as modalidades de substituição renal. Assim surgiram as questões “*Qual a importância do papel do enfermeiro na consulta de esclarecimento? De que forma o enfermeiro ajuda na escolha que o doente realiza?*”, sabendo que a aplicabilidade da norma já se realiza há três anos.

A investigação científica é um processo racional e sistemático, que permite identificar problemas que surgem em situações do nosso dia-a-dia ou da nossa prática profissional, gerando conhecimento. Este processo numa dada disciplina tem como objetivo criar uma base científica para guiar a prática profissional, dando credibilidade à profissão (Fortin, 1999, pp. 15 e 17). Assim, o objetivo da investigação na profissão de Enfermagem “é o estudo sistemático de fenómenos presentes no domínio dos cuidados de enfermagem, o qual conduz à descoberta e ao desenvolvimento de saberes próprios da disciplina” (Fortin, 1999, pp. 26).

Para dar resposta a objetivos do ensino clínico, foi realizada uma pequena pesquisa, com a colheita de dados efetuada num dos locais de ensino clínico (Hospital B) e no hospital onde exerço funções. O Hospital A foi excluído do estudo por não apresentar uma consulta de esclarecimento, tendo em conta os requisitos da norma 017/2011 da DGS.

3.1. Tipo de estudo

A metodologia qualitativa foi considerada a mais adequada para este estudo, uma vez que procurei explorar a importância do papel do enfermeiro na consulta de esclarecimento das modalidades terapêuticas de substituição renal. Um estudo qualitativo que procura a compreensão de um fenómeno em estudo, tem como objetivo principal descrever ou interpretar, complementando a profissão de enfermagem, com conhecimentos pertinentes e mais atualizados, para uma melhoria da prática de cuidados (Fortin, 1999, pp. 22).

3.2. Participantes

Os profissionais de enfermagem de referência para a consulta de esclarecimento das TSR constituem a população deste estudo. Considerou-se como população acessível, aqueles que participam na consulta de esclarecimento no Hospital B e no hospital onde exerce funções. Segundo Fortin (1999, pp. 202), a população acessível “deve ser representativa da população alvo”, sendo esta “constituída pela porção da população alvo que é acessível ao investigador”.

A amostra intencional foi constituída por quatro participantes do Hospital B e dois participantes do hospital onde exerce funções, considerando como critério de inclusão o conceito de Benner para perito. Para Benner (2001, pp. 58 e 59), perito é aquele que demonstra uma grande experiência ao lidar com as diferentes situações na prática, resolvendo-as demonstrando grande flexibilidade e um grande nível de adaptabilidade e de competências. Experiência é um conceito que para esta teórica (2001, pp. 61) não diz respeito só à passagem de tempo, mas sim à capacidade de “melhorar teorias e noções pré-concebidas através do encontro de numerosas situações reais que acrescentam nuances ou diferenças subtis à teoria” (Gadamer, 1970; Benner & Wrubel, 1982). Contudo, houve um colega que não quis participar, reduzindo para cinco a amostra intencional.

3.3. Método de colheita de dados

Como instrumento de colheita de dados, optei por aplicar um questionário para obtenção de resultados. Inicialmente tinha sido proposto a realização de entrevista aos participantes, mas foi detetado um desconforto aquando da realização do pré-teste. Como consequência, obtive resultados pouco satisfatórios. Segundo Streubert & Carpenter (2002, pp. 27), “quanto mais confortável estiver cada participante, mais facilmente revela a informação procurada”, o que não se verificou, tendo limitado os resultados. Por esta razão, foi decidido utilizar um questionário com quatro questões de resposta aberta. O questionário foi aplicado no período do ensino clínico no Hospital B, tendo sido preenchido fora do horário laboral e entregue posteriormente. As respostas dos participantes ao questionário encontra-se em Apêndice VII.

3.4. Análise e discussão de dados

A análise de conteúdo é um procedimento de análise sistemático e objetivo utilizado para descrever as respostas dos participantes do estudo, levando à decodificação de uma mensagem presente nessas respostas, que é sujeita a uma interpretação (Bardin, 1977, pp. 42 e Franco, 2008, pp. 24 e 25).

Através da análise do questionário, identificam-se quatro temas: a importância do enfermeiro na consulta de esclarecimento das TSR; as dificuldades do enfermeiro na consulta de esclarecimento das TSR; as dificuldades dos doentes na consulta de esclarecimento das TSR; a norma 017/2011 da DGS e os benefícios para o papel do enfermeiro. O critério de categorização escolhido foi o semântico, que agrupa os temas em categorias, razão pela qual as questões foram divididas em categorias para dar resposta à temática (Bardin, 1977, pp. 117-118). As subcategorias foram identificadas de acordo com a mensagem transmitida pelas unidades de registo, para caracterizar as respetivas categorias em estudo.

3.4.1. Importância do enfermeiro na consulta de esclarecimento

Considerando que a categoria identificada corresponde ao tema “Importância do enfermeiro na consulta de esclarecimento”, foram identificadas 2 subcategorias que se sobressai nesta temática.

Quadro 1. Importância do enfermeiro na consulta de esclarecimento

Categoria	Subcategoria	Unidade de registo
Importância do enfermeiro na consulta de esclarecimento	Ensino/ Esclarecimento	(...) uma das nossas funções é o ensino tanto do cuidador principal como do doente. Q1 (...) o enfermeiro deve e faz aparte da equipa multidisciplinar que vai orientar e ensinar o doente (...) Q2 (...) Esclarecer as dúvidas e realizar ensino (...) Q3 (...) o papel do enfermeiro é fulcral no esclarecimento de dúvidas (...) é servir de facilitador na compreensão da informação por parte do doente, quer no esclarecimento de dúvidas (...) quer na transmissão da cronologia em que as “coisas” devem acontecer (...) aproximar o que na cabeça dos doentes não passa de uma suposição daquilo que deverá vir a ser a sua realidade. Q5
	Relação enfermeiro- doente	(...) muitas vezes apoio psicológico. Q2 (...) os doentes referem a esta classe, factos que não referem a mais ninguém. Os doentes não se sentem pressionados pelo tempo e falam abertamente das suas dúvidas e receios. O enfermeiro tem também um papel muito importante na relação que se estabelece e na qual os doentes sentem segurança e confiança. Q4 (...) é que com os médicos existe um sentimento de respeito/medo e é uma barreira para o doente perguntar qualquer dúvida. Com o enfermeiro esse problema não existe. Q1

Todos os enfermeiros participantes referiram que a enfermagem tem um papel importante na consulta de esclarecimento. Grande maioria atribui ao “ensino/esclarecimento” de dúvidas, a principal razão para a importância do papel destes profissionais. A “relação enfermeiro-doente” também é apontada como uma característica que justifica a importância da intervenção desta profissão na consulta de esclarecimento, apesar de uma das respostas ter sido interpretada fora da respetiva pergunta.

Estes resultados estão de acordo com a bibliografia consultada. Walker et al (2010a, pp. 7), no estudo com o objetivo de explorar o papel do enfermeiro na fase de pré-diálise na Nova Zelândia, constataram que este grupo profissional tinha uma relevância acrescida na fase de pré-diálise ao atuarem como educadores sobre a doença e sobre as TSR. Isto porque os intervenientes da amostra, consideraram a enfermagem um pilar fundamental para a educação do doente e família/pessoa significativa tendo em conta as suas necessidades, potencializando estes para a sua adaptação à doença e TSR. Contudo, referiram que será importante iniciar precocemente um programa educacional para a eficácia da mesma. Também num estudo efetuado por Tweed et al (2005, pp. 661), para determinar os principais fatores que influenciam o processo de decisão do doente em relação à TSR futura, verificaram que os inquiridos referiram que a informação e a educação por parte dos enfermeiros em nefrologia aos doentes em pré-diálise é crucial no auxílio de tomada de decisão. Lewis et al (2010, pp.146), no trabalho que pretendiam verificar as necessidades de informação, problemas e preocupações dos doentes em estadio IV da DRC, constataram que a maioria dos participantes afirmaram que os enfermeiros são importantes para ajudá-los a lidar com os problemas e preocupações associadas à DRC.

Walker et al (2010b, pp. 28), no estudo com a finalidade de determinar a perceção dos enfermeiros para a existência de cuidados eficazes aos doentes com DRC em fase de pré-diálise, identificaram a relação enfermeiro-doente como um fator importante para cuidados de qualidade nesta fase da DRC. Contudo, para a construção desta relação entre enfermeiro-doente estariam dependentes outros de fatores como: confiança; apoiar o doente na expressão dos seus medos e sentimentos; honestidade e tempo. Conceitos que segundo Gibson (1991), influenciam o *empowerment* que é fundamental nos cuidados de pré-diálise.

A confiança, já abordada neste trabalho, foi referida como sendo uma característica importante para a implementação desta relação peculiar (Walker et al, 2010b, pp. 28). Deixar o doente partilhar os medos em relação à doença, tratamentos e ao desconhecido

(apoio psicológico), irá contribuir para uma relação que propicia a educação do doente. A honestidade na educação foi outro aspeto referido pelos enfermeiros de pré-diálise. Esta característica levou aos doentes terem uma noção o que é a DRC e o estar em diálise, através da obtenção das vantagens e desvantagens das TSR, facilitando a sua tomada de decisão.

Para que todas estas características se tornem realmente eficazes, falta falar do tempo. É através da continuidade relacional que se estabelece entre enfermeiro-doente, que possibilita a construção de uma relação terapêutica eficaz. Sem tempo, não há confiança, partilha de sentimentos nem mesmo educação, influenciando o *empowerment* (Walker et al, 2010b, pp. 29 e Gibson, 1991, pp. 357).

Comparando os resultados desta pesquisa com a literatura consultada, dá-se pertinência à norma 017/2011 da DGS ao tornar a equipa multidisciplinar, nomeadamente a intervenção de enfermagem, um requisito para a consulta de esclarecimento das TSR. Contudo, esta norma não orienta quanto ao tempo que é necessário para o ensino e esclarecimento das TSR e para o número de consultas que deverão ser efetuadas, bem como o modo de intervenção que o enfermeiro deve ter perante o ensino do doente em fase de pré-diálise.

3.4.2. Dificuldades sentidas pelos enfermeiros durante a consulta esclarecimento

Em relação ao tema “dificuldades sentidas pelo enfermeiro aquando da consulta de esclarecimento”, foram identificadas 2 subcategorias, como demonstra o Quadro 2.

Quadro 2. Dificuldades sentidas pelos enfermeiros, durante a consulta de esclarecimento

Categoria	Subcategoria	Unidade de registo
Dificuldades sentidas pelos enfermeiros durante a consulta de esclarecimento	Escassez de outras profissões	Pouca participação, interação (...) o enfermeiro muitas vezes limita-se a fazer o ensino sobre a alimentação e nas consultas subsequentes limita-se a estar. Q2 (...) à equipa multidisciplinar só existe médico e enfermeiro. O enfermeiro é polivalente. (...) o enfermeiro esclarece dúvidas e faz ensinamentos da dieta. Q3

	Dificuldade em transmitir a informação	Tempo	(...) tempo (...) para explicar todos os tratamentos e cuidados que precisam ter como doentes renais. Q1
		Idade	(...) A maioria dos doentes são idosos e têm mais dificuldade em compreender. É necessário várias sessões de esclarecimento. Q3 (...) transmitir a informação de forma clara e concisa para que o doente possa optar (...) ou sentir-se seguro com a informação de que dispõe (...) tendo em conta a idade do doente. Q5
		Incerteza em relação à TSR	(...) sinto dificuldades em fazer ver que o intuito da consulta é apenas informar e dou com doentes a colocar aquela questão: “O que acha que devo escolher?” ou “O que é melhor para mim?” Q4
		Negação da doença	(...) nem sempre conseguir transmitir aos doentes mais pessimistas (...) uma pessoa lúcida, orientada, com vida social, profissional e familiar e nos diz taxativamente que a ter que começar diálise, antes darem um tiro na cabeça. (...) tanto pode ser fácil, quase como uma conversa entre amigos, como de extrema dificuldade, em que a prioridade é acalmar a pessoa e só depois transmitir a informação. Q5

Dentro das dificuldades mais referidas pelos enfermeiros aquando da consulta de esclarecimento, foi “dificuldade em transmitir a informação”. Foram identificados fatores que influenciam a transmissão da informação como: tempo; idade; a incerteza em relação à TSR e a negação da doença. Como já foi referido no tema anterior, o tempo foi considerado um dos fatores determinantes para o sucesso dos cuidados em pré-diálise, de acordo com o estudo de Walker et al (2012, pp. 30). Contudo é necessário diferenciar dois momentos em que o tempo é referido como sendo essencial: o tempo de referenciação do doente com DRC em fase de pré-diálise para o enfermeiro de nefrologia poder iniciar a construção da relação enfermeiro-doente; e o tempo que o enfermeiro deverá gastar com os doentes nas consultas da especialidade para que este possa transmitir de forma eficiente as informações desejadas. A realização de uma única sessão de ensino/esclarecimento poderá ser insuficiente para transmitir toda a informação (Walker et al, 2010a, pp. 7). Iles-Smith (2005, pp. 132), ao avaliar a perceção dos doentes em pré-diálise constatou também que o tempo que têm nas consultas para falar sobre diálise e o modo como irá afetar as suas vidas, era insuficiente.

Foi demonstrado noutros estudos (Orsino et al, 2003; Department of Health, 2004) que a diferença entre as faixas etárias é um fator determinante para que a informação e o ensino à pessoa, seja adaptado às suas necessidades, tendo em conta as suas dificuldades e o nível de conhecimentos quer da doença quer dos tratamentos (Tweed et al, 2005, pp. 663). Razão pela qual, a norma 017/2011 da DGS preconizar uma consulta

individualizada e personalizada, respeitando uma avaliação holística, defendida por Roy et al (2001) e demonstrada por Walker et al (2010a e b), já referido ao longo deste relatório.

Foi revelado em diversa literatura que os doentes com DRC sofrem maiores níveis de ansiedade e depressão, muitas vezes associada à incerteza em relação ao futuro, devido às várias decisões que têm que tomar num curto período de tempo (Tweed, et al, 2005, pp. 663). Os doentes que revelam incerteza sobre as várias TSR estão submetidos a mais stress, prejudicando muitas vezes a transmissão da informação. A negação da doença leva à negligência da mesma, retardando a procura de ajuda, o que promove a degradação da situação. Como a referenciação destes doentes à especialidade de nefrologia por vezes ocorre tardiamente, os resultados pretendidos com a educação na fase de pré-diálise são menos satisfatórios. Os doentes referenciados nos últimos estadios da doença, têm mais necessidades a curto prazo, havendo por isso mais dificuldade em transmitir a informação e torná-la compreensível à pessoa (Walker et al, 2010a, pp. 6).

Tanto na situação de incerteza como nas situações de negação, se não forem acompanhadas pela equipa de nefrologia, a pessoa sente-se incapaz de assimilar a informação alienando-se da realidade, dificultando a sua adaptação à doença e tratamento. Para além do apoio dos profissionais, também a família/pessoa significativa e a partilha de experiências com outras pessoas que padecem da mesma doença, traz benefícios para auxiliar a adaptação do doente na fase de pré-diálise e consequentemente auxiliar na sua tomada de decisão (Tweed et al, 2005, pp. 662 e 663).

A “Escassez de outras profissões” foi outra dificuldade identificada, que interfere com a intervenção do enfermeiro na consulta de esclarecimento. Esta subcategoria está relacionada com o conceito de multidisciplinaridade que deve existir nos cuidados ao doente em fase de pré-diálise, tal como é preconizado pela norma 017 da DGS de 2011 e já discutido ao longo deste relatório. A falta de profissionais que deveriam integrar a equipa multidisciplinar nos cuidados em pré-diálise como por exemplo, os dietistas, implica a sua substituição muitas vezes pelos enfermeiros retirando por isso, tempo para que a enfermagem pudesse intervir noutros domínios que auxiliassem o doente a gerir a sua doença e posteriormente o seu tratamento. Não que a enfermagem não considere o ensino da alimentação fundamental ao doente, aquando do esclarecimento das TSR, mas se fosse providenciado por um dietista como preconiza a norma 017 da DGS, daria à enfermagem oportunidade por exemplo, de atuar noutras áreas que fomentassem o *empowerment*, defendido por Gibson (1991).

3.4.3. Dificuldades dos doentes percecionadas pelos enfermeiros durante a consulta de esclarecimento

No tema sobre as “dificuldades dos doentes aquando da consulta de esclarecimento, percecionadas pelos enfermeiros”, foram identificadas duas subcategorias.

Quadro 3. Dificuldades dos doentes percecionadas pelos enfermeiros durante a consulta de esclarecimento

Categoria	Subcategoria	Unidade de registo
Dificuldades dos doentes percecionadas pelos enfermeiros durante a consulta de esclarecimento	Desconhecimento/ Falta de informação	(...) Os conhecimentos que têm são adquiridos na rua, interiorizando os mitos e ideias erradas. Q1 Falta de informação (...) sobre a doença ou tratamentos. Medo no futuro, a depender de uma máquina para sobreviver. Mudança do estilo de vida. Dependência. Q2 Muitas vezes os doentes chegam, com a ideia que se calhar nunca irão precisar de diálise. (...) é-lhes difícil aceitar a doença e logo o tratamento. Q4
	Dificuldade na compreensão da informação	Principalmente em perceber toda a informação (...) na área de diálise. (...) têm dificuldades na compreensão das técnicas, dos acessos e da própria doença. (...) A maioria são idosos e têm dificuldade em compreender a situação. Q3 A maior dificuldade que eu sinto que os doentes têm (...) é terem que opinar sobre a terapia que irão fazer (...) faixa etária dos doentes que vêm à consulta ser mais baixa e consequentemente terem mais acesso a todo o tipo de informação através da internet. Q5

Observando o quadro 3, identificamos duas principais dificuldades dos doentes aquando da consulta de esclarecimento das TSR. Associado ao “desconhecimento/falta de informação”, encontramos o conceito de doença e tratamentos; sentimentos de incerteza em relação às TSR; medo e negação da doença relacionado com as mudanças do estilo de vida e à dependência.

Como já foi mencionado, a doença crónica traz quase sempre perturbações sociais, psicológicas, físicas e económicas na vida da pessoa (Lubkin, 1995, pp. 8). Inevitavelmente o diagnóstico da doença crónica altera o rumo de vida delineado pela mesma e por esta razão surgem sentimentos de incerteza em relação ao futuro. As muitas mudanças nos hábitos de vida e a necessidade de flexibilidade que se impõe a estes doentes aumenta o risco de alterações da identidade da pessoa com doença. Muitas vezes esta situação leva à mudança nos papéis e funções familiares, alterações das relações

conjugais, risco de isolamento, discriminação e alienação social e a necessidade de redefinição dos projetos de vida (Toombs et al, 1995, pp. XI), podem levar à negação da sua condição atual. A DRC implica efetuar constantes decisões sobre a sua vida e esta situação agrava-se aquando da aproximação do último estadio da doença, em que há necessidade de optar por uma TSR que dê continuidade à sua sobrevivência. Para além disso, a TSR traz também impacto no estilo de vida da pessoa e família/pessoa significativa, podendo surgir a noção de dependência, que aumenta os níveis de ansiedade e do medo (Lewis et al, 2010, pp. 143).

O estudo de Lewis et al (2010, pp. 146), vai ao encontro das dificuldades identificadas. No estudo citado, os problemas e preocupações mais vezes mencionadas foram: o desconhecimento sobre a DRC; medicação prescrita pelo médico; acessos vasculares e respetivos cuidados; ter capacidade financeira para os tratamentos de diálise (não corresponde à realidade do nosso país); ter capacidade financeira para a medicação (mais adequado à realidade do nosso país) e para outras necessidades. Também neste estudo, Lewis et al (2010, pp. 146) identificam os temas que os doentes em estadio IV gostariam que fossem abordados durante o seu ensino e educação. Informações sobre a DRC; acessos vasculares; opções de tratamento; e informações sobre a medicação prescrita foram os temas principais referidos pelos doentes da amostra do estudo.

Em relação à “dificuldade na compreensão da informação”, a idade foi identificada como uma provável barreira na compreensão da informação transmitida durante as consultas. A realidade da nossa população é que esta se encontra cada vez mais envelhecida e pouco esclarecida sobre a sua doença. Como já foi referido, a diferença entre as faixas etárias foi considerada noutros estudos (Orsino et al, 2003; Department of Health, 2004) como um fator determinante para que a informação e o ensino à pessoa fosse adaptada às necessidades e às dificuldades/nível de conhecimentos das pessoas, tendo em conta tanto a doença como os tratamentos (Tweed et al, 2005, pp. 663). Por norma, os doentes que são mais novos dominam as tecnologias de informação como a internet e obtêm mais facilmente a informação sobre a doença e tratamento. Esta suposição vem ao encontro do estudo de Rebelo (2013, pp. 10), que verificou que os idosos em Portugal encontram-se em “exclusão digital”, apresentando pouco domínio na internet. Contudo, é necessário ter em atenção que a informação que se procura na internet e respetivas fontes podem levar à leitura de informação errada, dificuldades na interpretação ou compreensão do seu conteúdo, tornando posteriormente mais difícil a apreensão de informações corretas.

3.4.4. A norma 017/2011 da DGS e os benefícios para o papel do enfermeiro

Para este último tema, não existe uma bibliografia de referência. Contudo, as respostas dos participantes incide nos conceitos de orientação de informação para a consulta de esclarecimento e multidisciplinariedade.

Com a última questão do questionário pude verificar que embora três dos enfermeiros tenham respondido que a norma 017 da DGS de 2011 não trouxe benefício para o papel do enfermeiro (Apêndice VII), após a análise das respostas acabam por revelar vantagens com a aplicação da mesma. As unidades de registo: “*A equipa multidisciplinar são os médicos, enfermeiros (...) com os médicos existe um sentimento de respeito/medo e é uma barreira para o doente perguntar qualquer dúvida. Com o enfermeiro esse problema não existe*”.**Q1**; “*(...) o enfermeiro sempre teve um papel ativo na mesma. (...) penso que o papel do enfermeiro saiu reforçado dentro da equipa multidisciplinar*”.**Q4**; “*(...) devido ao facto de que a consulta de esclarecimento ser uma realidade de alguns anos a esta parte, ainda antes da entrada em vigor da norma, em 2011. A consulta foi sendo reestruturada ao longo dos anos, é certo, mas o enfermeiro sempre fez parte da equipa multidisciplinar*”.**Q5**, transmitem a ideia de valorização do enfermeiro na equipa multidisciplinar, nomeadamente o seu papel no ensino ao doente renal crónico em pré-diálise. Contudo, penso que a realidade ainda passa pela não aplicabilidade da norma 017 da DGS de 2011 para a uniformização da consulta de esclarecimento, por uma equipa multidisciplinar, que está provado nos estudos mencionados neste relatório, que beneficia a educação ao doente renal crónico, ainda em pré-diálise.

As unidades de registo: “*Descrimina o conteúdo das consultas de esclarecimento e as diferentes técnicas de substituição, assim como transplante e tratamento conservador. (...) orienta a consulta do ensino ao doente*”.**Q2** e “*(...) A norma só está mais detalhada e orienta as consultas*”.**Q3**, acabam por afirmar que a norma veio trazer orientações para o ensino aquando da consulta de esclarecimento.

Como já foi referido, apesar da norma 017/2011 da DGS fornecer a informação que os intervenientes da consulta devem transmitir aos doentes em pré-diálise para explicar as opções de tratamento da DRC terminal, não dá orientação da estruturação de como deverá ser realizado a consulta, o número de consultas ideais e não especifica o tipo de intervenção dos elementos da equipa multidisciplinar. O Hospital A ainda não aplicava a norma 017 da DGS, baseando-se ainda no modelo tradicional (consulta de nefrologia/

esclarecimento pelo nefrologista) que já foi demonstrado em diversa literatura estar ultrapassado. Por esta razão, foi excluída da amostra. Comparando o Hospital B com o hospital onde exerço funções, a estruturação da consulta e o tipo de intervenção entre os elementos multidisciplinares também diferencia. Enquanto no Hospital B a consulta de esclarecimento ainda só tinha a intervenção de médico e enfermeiro (não tinha dietista e assistente social – escassez de outras profissões), no hospital onde exerço funções a consulta é dividida em 2 momentos. O primeiro momento com a intervenção do médico e assistente social e o segundo momento com a intervenção do enfermeiro e dietista, não existindo um número ideal de consultas, estando esta dependentes das necessidades dos doentes, como é preconizado pela norma.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com a realização deste relatório ficou demonstrada, ao longo do ensino clínico e com a pesquisa efetuada, a importância do enfermeiro na consulta de esclarecimento e em particular nos cuidados ao doente em pré-diálise. Tanto o “ensino/esclarecimento” como a “relação” peculiar que o enfermeiro constrói na prestação de cuidados ao doente renal crónico, foram as características mais citadas que demonstram o papel especial destes profissionais no cuidar do doente renal crónico em fase de pré-diálise. Características estas, fundamentais para se prestar cuidados de acordo com o MACR e incitar o *empowerment*. Contudo, tendo em conta o que foi escrito no subcapítulo 3.4.1., surgiram questões que carecem uma reflexão cuidada. Será que em Portugal se tem em consideração as subcategorias identificadas no Quadro 1? Será que o enfermeiro em nefrologia acompanha o doente nos vários estadios da DRC, até à consulta de esclarecimento, onde este deverá escolher a sua TSR, com o auxílio dos ensinamentos realizados nos vários estadios da doença?

A “dificuldade em transmitir a informação” e a “escassez de outras profissões” foram as principais subcategorias identificadas para as dificuldades sentidas pelos enfermeiros aquando da consulta de esclarecimento. O tempo; a idade; a incerteza em relação às TSR e a própria negação da doença foram algumas barreiras identificadas que poderão influenciar a transmissão das informações. Por vezes, ainda se sente o peso da hierarquia na prestação de cuidados ao doente em pré-diálise, onde o médico nefrologista se torna o centro de decisão terapêutica. A exclusão do enfermeiro no processo de decisão terapêutica dos doentes foi identificada também como uma barreira à prestação de cuidados de qualidade ao doente em pré-diálise no trabalho realizado por Walker et al (2012). Os cortes que se têm verificado na saúde com a implementação das medidas de austeridade, refletem-se na menor contratação de profissionais, nas infraestruturas e espaços desadequados para a realização dos cuidados, prejudicando as populações em geral. Esta realidade torna-se um obstáculo para a implementação das equipas multidisciplinares, preconizadas pela norma 017 da DGS de 2011 (Nascimento et al, 2013, pp. 28). Por exemplo, na situação em que o enfermeiro substitui o dietista na consulta de esclarecimento, limita a intervenção destes profissionais noutros cuidados, que poderiam facilitar a transmissão da informação e fomentar o *empowerment*, que já foi demonstrado ser útil para a adaptação do doente à sua doença e posteriormente à TSR

escolhida. Assim sendo, o que se pode melhorar para atenuar estas dificuldades sentidas pelos enfermeiros?

Como a consulta de esclarecimento defendida pela norma 017/2011 da DGS lida com conceitos que deverão ser transmitidos ao longo da evolução da doença, penso que esta consulta deveria ser um complemento de todo um trabalho desenvolvido com o doente numa consulta de enfermagem de nefrologia, que acompanhe o doente nos vários estadios da doença. Esta norma dá assim ênfase ao tipo de informação a transmitir e não ao modo como ela deverá ser transmitida, sabendo que esta requer tempo próprio para que a assimilação da informação seja eficaz, apesar de defender a sua individualização.

Em relação às principais dificuldades que os doentes manifestam e que são percecionadas pelos enfermeiros durante a consulta de esclarecimento, destaco o “desconhecimento/falta de informação” e as “dificuldades na compreensão da informação”. Estes resultados estão de acordo com outros estudos já efetuados e referenciados ao longo deste relatório. Depois do que foi exposto, penso que o “desconhecimento/falta de informação” estará relacionado com o tempo em que se iniciam os ensinamentos e a educação do doente renal crónico. Foi mencionado várias vezes neste relatório que uma educação precoce permite melhorar os resultados e consequentemente os custos de saúde. A NKF/KDOQI (2006) recomenda que os ensinamentos sobre as TSR se iniciem no estadio IV da doença renal, mas defende que a referenciação destes doentes à especialidade seja o mais precoce possível, uma vez que a progressão da mesma é imprevisível, a capacidade de assimilação da informação varia de pessoa para pessoa e os serviços hospitalares podem ter dificuldade em responder às necessidades de ensino e preparação do doente para o último estadio da doença (por exemplo, construção do acesso vascular, marcação de consultas e exames – Nascimento et al, 2013, pp. 28).

A consulta de esclarecimento das TSR implica falar de conceitos que devem ser ensinados previamente e que exigem tanto continuidade nos cuidados de enfermagem como da equipa multidisciplinar. Mais uma vez, é demonstrado que a referenciação precoce é importante para o sucesso da educação do doente. Penso que será fundamental o trabalho desenvolvido pela equipa de cuidados de saúde primários para despiste do agravamento da função renal e referenciar as pessoas à especialidade de nefrologia quando assim o justificar. Esta referenciação irá permitir assim, o início de um programa educacional precoce ao doente com DRC, reduzindo dúvidas sobre a doença e alargando conhecimentos sobre as TSR existentes, para que quando tiverem que optar por uma, esta seja feita de maneira mais facilitadora e consentida. Para isso, penso que seria pertinente

a existência de uma consulta de enfermagem em nefrologia nos serviços hospitalares de nefrologia ou mesmo de cuidados de saúde primários, que acompanhasse o doente logo no início da DRC.

Quando não existe uma referência atempada do doente com DRC aos serviços de especialidade, este vê-se obrigado a assimilar muita informação aquando da consulta de esclarecimento. Durante o meu ensino clínico e tendo em conta a realidade do hospital onde executo funções, constatei que a estruturação da consulta de esclarecimento e os momentos de intervenção dos diferentes profissionais diferencia de hospital para hospital. Contudo, no hospital onde executo funções são realizadas mais do que uma consulta de esclarecimento, tendo em conta as necessidades dos doentes. A opinião dos colegas é que a informação das TSR é complexa e extensa pelo que os doentes sentem muita dificuldade em assimilar o que foi transmitido. É preciso referir que no hospital onde executo funções não existe consulta de nefrologia em enfermagem, que acompanha o doente com DRC nos vários estadios da doença. Em compensação são realizadas mais que uma consulta de esclarecimento na tentativa de tornar mais satisfatório o ensino. No Hospital B, apesar de efetuarem consultas de enfermagem de nefrologia que acompanha o doente nos diferentes estadios da doença, foram identificados inconvenientes, nomeadamente o tempo escasso que influencia a relação enfermeiro/doente e o respetivo ensino, já referido nesta pesquisa. Verifiquei que muitos dos doentes eram encaminhados pelos cuidados de saúde primários, com a vantagem de se poder dar início de um programa educacional mais precoce. Constatei ainda que devido à falta de tempo, muitas vezes só era realizada uma consulta de esclarecimento, tendo sido já demonstrado em outros estudos que será insuficiente para o estabelecimento de uma relação eficaz que facilite a transmissão de informação e consequentemente no *empowerment*.

Em relação à “dificuldade na compreensão da informação” por parte dos doentes, a idade foi uma barreira identificada neste trabalho, que influencia a compreensão da informação. Segundo Rebelo (2013), a população portuguesa mais idosa tem mais dificuldade em obter informação e esclarecimento através das atuais tecnologias de informação, em comparação com as gerações mais jovens, apresentado por esta razão mais dificuldades na compreensão das situações. Contudo, é necessário referir que nem toda informação obtida pelos jovens na internet (por exemplo) seja a mais aconselhada e pertinente, tornando-se por vezes uma barreira ao ensino e esclarecimento das diferentes situações. Por esta razão, a norma 017/2011 preconiza uma abordagem individualizada e personalizada ao doente, indo ao encontro dos estudos de Walker et al (2010a e b) e ao

MACR. Mas, será que com a obrigatoriedade da realização da consulta de esclarecimento preconizada pela norma 017 da DGS de 2011, torna os doentes realmente esclarecidos considerando as dificuldades identificadas? Não fará assim, sentido existir uma consulta de enfermagem de nefrologia a nível hospitalar ou em cuidados de saúde primários, que faça um acompanhamento do doente nos vários estadios da doença? Esta não irá facilitar a compreensão do doente sobre a sua doença para que quando tiver que optar por uma TSR, possa optar de modo mais conhecedor e como tal mais consentido? Que sentido tem esta consulta de esclarecimento das TSR defendida pela norma 017 da DGS de 2011, se não existir um verdadeiro acompanhamento em pré-diálise?

Apesar da grande maioria dos participantes ter referido que a norma 017 da DGS de 2011 não trouxe benefício para o papel destes profissionais, todos foram unânimes em afirmar que esta norma ajudou a estruturar a informação que deverá ser transmitida ao doente e valorizou a intervenção dos intervenientes, nomeadamente dos enfermeiros. Contudo, a norma fornece a informação que deve ser dada ao doente mas não refere como é que a consulta deve ser estruturada, ou como é que os elementos da equipa multidisciplinar devem intervir.

Os serviços hospitalares de nefrologia têm a responsabilidade de aplicar a norma 017/2011 da DGS mas, ao longo do ensino clínico constatei que ainda existem muitas limitações para a aplicação da mesma. A escassez de outros profissionais de saúde ou a realização do esclarecimento das TSR pelo modelo tradicional (só com a intervenção do nefrologista), penso que foram as principais barreiras sentidas para o sucesso da aplicabilidade da referida norma. Para além disto, apesar das novas políticas de saúde a nível internacional proporcionarem ao enfermeiro de nefrologia um papel de destaque na gestão e educação do doente renal crónico ainda em pré-dialise, a tendência em Portugal ainda é muito baseada não na prestação, mas sim nos modelos de financiamento das clínicas de diálise, não acompanhando as mudanças que estão a ocorrer em países como Holanda, Espanha, Alemanha e Reino Unido ou como nos EUA, Canadá, Austrália e Nova Zelândia (Nascimento et al, 2013, pp. 27). A norma não descreve como a consulta de esclarecimento deve ser estruturada e não exemplifica nenhum modo de organização. Logo, como o meu ensino clínico se limitou a duas unidades hospitalares, não possui a noção exata de como é que será melhor essa mesma estrutura. Por esta razão, acho que seria pertinente analisar os resultados provenientes do relatório de monitorização que será efetuado pelo Departamento da Qualidade na Saúde e da Comissão Nacional de Acompanhamento da Diálise. Através da avaliação desta auditoria a nível nacional,

iremos ter uma noção da realidade profunda dos serviços hospitalares de nefrologia que aplicam e que não aplicam esta norma. Posteriormente, será possível melhorar a estruturação dos serviços para a realização desta consulta e obter novas ideias de intervenções e de estruturação da consulta de modo a melhorar a intervenção de cada elemento da equipa multidisciplinar, nomeadamente o contributo da enfermagem.

É evidente que o tamanho da amostra é limitativa para se fazer uma generalização, mas parece-me pertinente referir que a consulta de esclarecimento preconizada pela norma 017 da DGS de 2011 não é por si só suficiente para tornar o doente realmente esclarecido, tendo em conta as dificuldades que os doentes apresentam nas consultas de esclarecimento. Perante estes resultados e tendo em consideração a literatura consultada, reforço mais uma vez que seria ideal que todos os serviços de nefrologia tivessem uma consulta em que o doente seria seguido pela equipa multidisciplinar nos vários estadios da doença e assim, quando se justificar a consulta de esclarecimento das TSR (estadio IV), este poder optar com os conhecimentos adquiridos ao longo da evolução da sua doença. Se houve a preocupação de criar uma norma que tornasse mandatório a explicação das TSR a todos os doentes com DRC, tanto para aqueles que estão em estadio IV como para aqueles que chegam ao último estadio da doença e que induzem HD de urgência, não será pertinente criar uma norma que fomente a educação e o ensino ao doente nos vários estadios da doença? Isto poderia trazer benefícios em relação aos custos de saúde como para a qualidade de vida dos doentes. Se tal não for possível nos serviços hospitalares de nefrologia, os cuidados de saúde primários não deveriam ser orientados para este seguimento, tendo em conta a incidência e a prevalência crescente desta doença?

Tendo em conta o que tem sido exposto penso que seria pertinente, num futuro trabalho, obter a perspetiva dos enfermeiros que lidam com doentes em fase de pré-diálise em Portugal, sobre o seu verdadeiro papel na fase pré-diálise da DRC e verificar a opinião dos mesmos sobre a criação de *guidelines* futuras que pudessem orientar a estruturação da consulta e a sua intervenção nos cuidados em pré-diálise. Esta ideia vem após a leitura do trabalho de investigação de Walker et al (2010a) sobre o papel do enfermeiro na fase de pré-diálise realizado na Nova Zelândia. Estes investigadores verificaram que este tema é complexo, tornando-se um desafio para a intervenção de enfermagem, em que a maioria dos intervenientes do estudo deram a entender que a criação de *guidelines* para os enfermeiros em nefrologia que intervêm na fase de pré-diálise seria benéfico para alicerçar as suas intervenções e com isso, proporcionar cuidados de qualidade ao doente renal crónico que irá necessitar de escolher uma TSR para sua sobrevivência. Perceber

também se a formulação das *guidelines* trará uma melhor uniformização de intervenção, causando menor disparidade entre os serviços de nefrologia dos diferentes centros hospitalares e como tal, proporcionar uma continuidade de cuidados ao doente caso este seja seguido em hospitais diferentes.

Este ensino clínico não me posicionou como perito na área de nefrologia como preconiza Benner (2001), devido ao curto tempo de estágio, pela riqueza de conhecimentos que caracteriza esta especialidade e por se encontrar em constante desenvolvimento. Contudo, incitou o meu crescimento pessoal e profissional, através do desenvolvimento de competências preconizadas pela EDTNA/ERCA e pela OE.

A concretização deste relatório permitiu refletir no meu percurso efetuado nos diferentes serviços de estágio. Demonstrei ter atingido os objetivos propostos para cada local de estágio. Ao possuir agora maior capacidade de fundamentar a minha prática e de ter maior atenção para as ocorrências na fase de pré-diálise, considero que o enfermeiro especialista tem uma importância no ensino e esclarecimento ao DRC em fase de pré-diálise, indo ao encontro do papel destes profissionais na consulta de esclarecimento, preconizada pela norma 017/2011. No entanto, ainda é notória a predominância da intervenção do médico nefrologista no esclarecimento das TSR ao doente. Contudo, considero fundamental o enfermeiro especialista em nefrologia demarcar-se e delinear um plano de cuidados ao doente renal crónico, pelo domínio de competências e por estar mais desperto para os principais problemas que o doente enfrenta na fase pré-diálise.

A escolha da teoria de Callista Roy enquadra-se na realização deste relatório pelo seu conceito de Adaptação, tendo em conta os objetivos dos profissionais de enfermagem na fase de pré-diálise. Na avaliação de enfermagem, Callista Roy defende uma abordagem holística como foi mencionado no subcapítulo 1.4, preconizando assim uma avaliação individualizada nas intervenções de enfermagem, que tenta capacitar o doente na compreensão da doença e da importância de escolher uma TSR. Esta abordagem propicia o *empowerment*, o que permite lidar melhor com a DRC e responder de uma maneira mais adaptativa às suas necessidades.

As principais dificuldades para a realização deste trabalho foram: a não existência da consulta de esclarecimento como é preconizada pela norma 017 da DGS de 2011 no Hospital A, limitando os meus participantes no estudo; e a escassa bibliografia sobre a matéria.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bardin, L. (1977). Análise de conteúdo (L. A. Reto & A. Pinheiro, Trad.). Lisboa: Edições 70. (Tradução original do francês *L'Analyse de Contenu*, Presses Universitaires de France).
- Bell, L. & Duffy, A. (2009). A concept analysis of nurse-patient trust. *British Journal of Nursing*. Vol. 18 (1), 46-51. Acedido 20/01/2015. Disponível em <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=2010145896&lang=pt-br&site=ehost-live>
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito* (A. A. Queirós, Trad.). Coimbra: Quarteto Editora (Tradução do original do inglês *From novice to expert*, 2001, Pearson Education, Inc.)
- CEAPIR – Federação Europeia dos Doentes Renais (2011). *Tratamento desigual para doentes renais na Europa*, Vilnius – Lituânia. Cedido pela APIR em 18/06/2014. Disponível em <http://www.apir.org.pt/?lop=conteudo&op=6974ce5ac660610b44d9b9fed0ff9548&id=5f2c22cb4a5380af7ca75622a6426917>
- CEAPIR – Federação Europeia dos Doentes Renais (2015). *About EKPF*. Disponível em <http://www.ekpf.eu/about-ceapir/>
- Cabete, J. (2012). Doentes de insuficiência renal não são consultados relativamente ao tratamento que preferem. *Grupo Inforpress*. Acedido a 20/08/2015. Disponível no site da APIR http://www.apir.org.pt/up/ficheiros-bin2_ficheiro_pt_0658682001340233281-522.pdf
- Carvalho, C. A. L. (2012). Como eu sinto o cuidar do doente e da família com insuficiência renal crónica. *Nephro's*. Vol. XV Nº 1. 31-33.

- Cerdeira, A. B. (2008). Informação e consentimento. *Ordem dos Enfermeiros*. Nº 29, Maio 2008, 33-37. Acedido a 1/05/2014. Disponível em http://www.ordemenfermeiros.pt/comunicacao/Revistas/ROE_29_Maio_2008.df
- Chamney, J. M. (Chief Editor); Saraiva, M. (Co-Editor) (2007). *Competency Framework*. EDTNA/ERCA. Acedido 20/12/2014. Disponível em <http://www.edtnaerca.org/pdf/education/CompetencyBook.pdf>
- Chiou, C.-P. & Chung, Y.-C. (2012). Effectiveness of multimedia interactive patient education on knowledge, uncertainty and decision-making in patients with end-stage renal disease. *Journal of Clinical Nursing*. Vol. 21 (9/10), 1223-1231.
DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2702.2011.03793.x>
- Collière, M. (1999). *Promover a vida. Da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*. Lisboa. Lidel, Edições Técnicas.
- Crisp, L. N. (coord.); Berwick, D.; Kickbusch, I.; Bos, W.; Antunes, J. L.; Barros, P. P. & Soares, J. (2014). *Um Futuro para a saúde*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian. Acedido em 10/10/2015. Disponível em http://www.gulbenkian.pt/mediaRep/gulbenkian/files/institucional/FTP_files/pdfs/FuturodaSaude2014/RelatorioFuturodaSaudePT2014/index.html#/53/zoomed
- Damião, E. & Pinto, C. (2007). Sendo transformado pela doença: a vivência do adolescente com diabetes. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. Vol. 15(4), 568-574.
- Direção Geral da Saúde. Norma 017 (2011). *Tratamento Conservador Médico da Insuficiência Renal Crónica Estadio 5*. Acedido 20/11/2014. Disponível em <http://www.dgs.pt/?cr=21155>

- Doss, S.; DePascal, P. & Hadley, K. (2011). Patient-Nurse Partnerships. *Nephrology Nursing Journal*. Vol. 38 (2), 115-124. Acedido a 20/01/2015. Disponível em <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=2010976026&lang=pt-br&site=ehost-live>
- Fortin, M.-F. (1999). *O processo de investigação: da concepção à realização* (N. Salgueiro, Trad.). Loures: Lusociência. (Traduzido do original do francês *Le processus de la recherche: de la conception à la réalisation*, 1996, Décarie Éditeur Inc.)
- Franco, M. L. P. B. (2008). *Análise de conteúdo: série pesquisa v. 6*. (3ª edição). Brasília: Liber Livro Editora.
- Frazão, C. M. F. Q.; Fernandes, M. I. C. D.; Nunes, M. G. M.; Sá, J. D.; Lopes, M. V. O. & Lira, A. L. B. C. (2015). Componentes do modelo teórico de Roy em pacientes submetidos à hemodiálise. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. 34 (4), 45-52.
- George, J. B. (2000). *Teorias de Enfermagem: Os fundamentos à prática profissional* (A. M. V. Thorell, Trad.). (4ª Ed.). Porto Alegre: Artemed.
- Gibson, C. H. (1991). A concept analysis of empowerment. *Journal of Advanced Nursing*. 16 (3), 354-361.
DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2648.1991.tb01660.x>
- Harwood, L.; Wilson, B.; Sontrop, J. & Clark, A. M. (2012). Chronic kidney disease stressors influence choice of dialysis modality. *Journal of Advanced Nursing*. Vol. 68 (11), 2454-2465.
DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2648.2012.05943.x>
- Iles-Smith, H. (2005). Perceptions and experiences of pre-dialysis patients. *Journal of Renal Care*. Vol. 31 (3), 130-133. Acedido a 6/01/2015. Disponível em <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=2009078377&lang=pt-br&site=ehost-live>

- K  rouac; Pepin, J; Ducharme, F; Duquette, A & Major, F. (1994) – *La Pens  e Infirmi  re. Conceptions et stratégies*. Laval (Québec): Editions   tudes Vivantes & Editions Maloine.
- Lewis, A. L., Stabler, K. A. & Welch, J. L. (2010). Perceived Information Needs, Problems, or Concerns among Patients With Stage 4 Chronic Kidney Disease. *Nephrology Nursing Journal*. Vol. 37 (2), 143-149. Acedido 10/01/2015. Disponível em <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=2010635777&lang=pt-br&site=ehost-live>
- Lubkin, I. M., (eds), (1995). *Chronic illness: impact and interventions*. 3   Edi  o, London: Jones and Bartlett Publishers.
- Mahomed, R.; St John, W.; Patterson, E. (2012). Understanding the process of patient satisfaction with nurse-led chronic disease management in general practice. *Journal of Advanced Nursing*. Vol. 68 (11), 2538-2549.
DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2648.2012.05953.x>
- Matos, S. (2008). Recusa do cliente. *Ordem dos Enfermeiros*. N   29, Maio 2008, 33-37. Acedido a 1/05/2014. Disponível em http://www.ordemenfermeiros.pt/comunicacao/Revistas/ROE_29_Maio_2008.df
- Murphy, F., Jenkins, K., McCann, M. & Sedgewick, J. (2008). CE: Continuing Education Article. Patient management in chronic kidney disease stages 4 to 5. *Journal of Renal Care*. Vol. 34 (4), 191-198.
DOI: 10.1111/j.1755-6686.2008.00042.x
- Nascimento, Z., Sousa, I. & Ribeiro, R. (2013). Que futuro para a consulta de enfermagem ao doente renal crónico? Revis  o sistemática da literatura. *Nephro  s*. Vol. XVI (2), 23-29.

National Kidney Foundation (2002). *NKF/KDOQI Guidelines - KDOQI Clinical Practice Guidelines for Chronic Kidney Disease: Evaluation, Classification, and Stratification – Foreword*. Acedido 6/01/2015. Disponível em https://www.kidney.org/sites/default/files/docs/ckd_evaluation_classification_stratification.pdf

National Kidney Foundation (2006). *Clinical Practice Guidelines and Recommendations*. New York: NKF.

Nygårdh, A.; Malm, D.; Wikby, K. & Ahlström, G. (2012). Empowerment intervention in outpatient care of persons with chronic kidney disease pre-dialysis. *Nephrology Nursing Journal*. Vol. 39 (4), 285-294. Acedido 10/01/2015. Disponível em <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mdc&AN=23061113&lang=pt-br&site=ehost-live>

Ordem dos Enfermeiros (2001). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*. Ordem dos Enfermeiros. Acedido 12/03/2015. Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/divulgar%20-%20padroes%20de%20qualidade%20dos%20cuidados.pdf>

Ordem dos Enfermeiros (2010). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Ordem dos Enfermeiros. Acedido 10/01/2015. Disponível em http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_competencias_comuns_enfermeiro.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2012). *REPE e Estatuto da Ordem dos Enfermeiros*. Ordem dos Enfermeiros.

Phipps, W. J.; Long, B. C.; Woods, N. F. & Cassmeyer, V. L. (1995). *Enfermagem Médico-Cirúrgica. Conceitos e prática clínica*. (H. S. Azevedo, Trad.). (Volume I-Tomo I, 2ª Edição). Lisboa: Lusodidacta. (Traduzido do original do inglês, 4ª ed., 1991, Mosby-Year Book, Inc.)

Portal da Diálise (s.d.). *Modalidade de diálise a escolha é sua*. Acedido a 12/09/2015.
Disponível em

<http://www.portaldadialise.com/articles/modalidade-de-dialise--a-escolha-e-sua>

Rebelo, A. C. B. C. (2013). *Seniores em rede: motivações para o uso da Internet e do Facebook pelos mais velhos*. (Dissertação de Mestrado). ISCTE – IUL. Departamento de Sociologia, Instituto Universitário de Lisboa. Disponível no RCAAP

Roy, C. & Andrews, H. A. (2001). *Teoria da Enfermagem. O Modelo de Adaptação de Roy* (C. Fonseca, Trad.). Lisboa: Instituto Piaget. (Tradução original do inglês The Roy Adaptation Model, 1991, Prentice Hall, Inc.)

Sadala, M. L. A.; Miranda, M. G.; Lorençon, M. & Pereira, E. P. C. (2010). Nurse-patient communication while performing home dialysis: the patients' perceptions. *Journal of Renal Care*. Vol. 36 (1), 34-40.

DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1755-6686.2010.00135.x>

Sociedade Portuguesa de Nefrologia – *Relatórios Anuais 2014*. Acedido 6/10/2015.
Disponível em

http://www.spnephro.pt/tratamento_da_doenca_renal_terminal/2014

Sousa, C. N. (2012). Cuidar da pessoa com fístula arteriovenosa: modelo para a melhoria contínua. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. Vol. 30 (1). 11-17.

Sousa, D. (2013). Competências e Saberes em Enfermagem. *Jornal da Madeira*. Acedido a 10/11/2015. Disponível no site da Ordem dos Enfermeiros

<http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/madeira/informacao/Documents/Artigos%20Enfermeiros/Compet%C3%A2ncias%20e%20saberes%20em%20enfermagem%20Dulce%20Sousa,%20Enfermeira%20Especialista.pdf>

Strand, H. & Parker, D. (2012). Effects of multidisciplinary models of care for adult pre-dialysis patients with chronic kidney disease: a systematic review. *International Journal of Evidence-Based Healthcare*. Vol. 10 (1), 53-59.

DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1744-1609.2012.00253.x>

Streubert, H. J. & Carpenter, D. R. (2002) – *Investigação Qualitativa em Enfermagem: Avançando o imperativo humanista* (A. P. S. Santos, Trad.), 2ª Edição, Loures: Lusociência (Tradução original do inglês *Qualitative Research in Nursing: Advancing the humanistic imperative*, 1999, USA: Lippincott Williams & Wilkins Inc.)

Terryn, W.; Cochat, P.; Froissart, R.; Ortiz, A.; Pirson, Y.; Poppe, B.; Serra, A.; Van Biesen, W.; Vanholder, R. & Wanner, C. (2013). Fabry nephropathy: indications for screening and guidance for diagnosis and treatment by the European Renal Best Practice. *Nephrology, Dialysis, Transplantation: Official Publication of The European Dialysis And Transplant Association – European Renal Association*. Vol. 28 (3), 505-517.

DOI: 10.1093/ndt/gfs526

Tomey, A. M. & Alligood, M. R. (2004). *Teóricas de Enfermagem e a sua obra: Modelos e teorias de enfermagem* (A. R. Albuquerque, Trad.). (5ª Ed.). Loures. Lusociência. (Tradução do original do inglês *Nursing Theorists and Their Work*, 5ª ed., 2002, Mosby).

Toombs, S. Kay et all (eds), (1995). *Chronic Illness. From experience to policy*, Indianopolois: Indiana University Press. 35 (4).

Turner, C. & Noble, H. (2010). Patients' information needs before renal transplantation. *Journal of Renal Nursing*. Vol. 2 (6), 274-277. Acedido 18/01/2015. Disponível em

<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=2010886233&lang=pt-br&site=ehost-live>

- Tweed, A. E. & Ceaser, K. (2005). Renal replacement therapy choices for pre-dialysis renal patients. *British Journal of Nursing*. Vol. 14 (12), 659-664. Acedido 06/01/2015. Disponível em <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mdc&AN=16010217&lang=pt-br&site=ehost-live>
- Vieira, M. (2010). Sigilo profissional em Enfermagem: perspectiva ética. *Ordem dos Enfermeiros*. N.º 34, Junho de 2010, 32-33. Acedido 12/11/2015. Disponível em http://www.ordemenfermeiros.pt/comunicacao/Revistas/ROE_34_net.pdf
- Vinhas, J. (2013). O desafio do futuro é permitir ao doente escolher a modalidade de tratamento. *SPN News* de Novembro de 2013 a Fevereiro de 2014. 30, 6-8.
- Walker, R.; Abel, S. & Meyer, A. (2010a). The role of the pre-dialysis nurse in New Zealand. *Renal Society of Australasia Journal*. Vol. 6 (1), 5-10. Acedido 06/01/2015. Disponível em <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=2010608080&lang=pt-br&site=ehost-live>
- Walker, R.; Abel, S. & Meyer, A. (2010b). What do new Zealand pre-dialysis nurses believe to be effective care? *Nursing Praxis In New Zealand Inc*. Vol. 26 (2), 26-34. Acedido 15/02/2015. Disponível em <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mdc&AN=21032972&lang=pt-br&site=ehost-live>
- Walker, R.; Abel, S. & Meyer, A. (2012). Perceptions of key influences on effective pre-dialysis nursing care. *Contemporary Nurse*. Vol. 42 (1), 28-35.
DOI: <http://dx.doi.org/10.5172/conu.2012.42.1.28>
- Wang, L.; Dong, J.; Gan, H.-B. & Wang, T. (2007). Empowerment of patients in the process of rehabilitation. *Peritoneal Dialysis International: Journal Of The International Society For Peritoneal Dialysis*. 27 (2), 32-34.

ANEXOS

ANEXO I – NORMA 017/2011 DA DGS

NORMA

DA DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE



NÚMERO: 017/2011
DATA: 28/09/2011
ATUALIZAÇÃO: 14/06/2012

ASSUNTO: Tratamento Conservador Médico da Insuficiência Renal Crónica Estádio 5
PALAVRAS-CHAVE: Insuficiência Renal Crónica ; Modalidades Terapêuticas; Consentimento Informado
PARA: Médicos do Sistema Nacional de Saúde
CONTACTOS: Departamento da Qualidade na Saúde (dqs@dgs.pt)

Nos termos da alínea a) do nº 2 do artigo 2º do Decreto Regulamentar nº 14/2012, de 26 de janeiro, a Direção-Geral da Saúde, por proposta conjunta do Departamento da Qualidade na Saúde e da Ordem dos Médicos, emite a seguinte

I – NORMA

1. As modalidades terapêuticas da doença renal crónica em estágio 5 (DRC5) são (*Nível de evidência C, grau de recomendação I*):
 - a) a transplantação renal (TR);
 - b) a hemodiálise (Hd) crónica e as técnicas depurativas extracorpóreas afins;
 - c) a diálise peritoneal (DP) crónica;
 - d) o tratamento médico conservador (TMC)
2. A informação sistemática e o devido esclarecimento acerca das diferentes modalidades disponíveis de tratamento da DRC5 são mandatórios para todo o doente renal crónico (*Nível de evidência C, grau de recomendação I*).
3. Em cada serviço hospitalar de nefrologia deve existir uma consulta dedicada ao esclarecimento do doente acerca das diferentes modalidades de tratamento DRC5, doravante designada consulta de esclarecimento, e que obedece aos seguintes requisitos:
 - a) ter o objetivo de contribuir para o esclarecimento pleno do doente acerca das diferentes modalidades de tratamento e técnicas respetivas;
 - b) ser funcionalmente individualizada e dispor de registo próprio;
 - c) integrar uma equipa multidisciplinar constituída, pelo menos, por nefrologista assistente, enfermeiro, técnico do serviço social e nutricionista;
 - d) dispor de apoio de material informativo adequado.
4. O doente renal crónico com seguimento prévio em consulta externa de nefrologia deve ser referenciado atempadamente à consulta de esclarecimento, isto é, desde o estágio 4 da doença renal (*Nível de evidência B, grau de recomendação I*).
5. O início de tratamento dialítico de urgência não obsta a referência à consulta de esclarecimento sobre as diferentes modalidades de tratamento.

ANEXO II – AVALIAÇÃO DO ENSINO CLÍNICO DO HOSPITAL A

AVALIAÇÃO DO ESTÁGIO COM RELATÓRIO

Avaliação Qualitativa do Enfermeiro Orientador do campo da prática Clínica:

Considero que o aluno João P. teve um desempenho excelente, destacando-se na prestação ao utente/família. Os seus conhecimentos diferenciados permitiram o estabelecimento de uma relação empática com o utente/família facilitando o esclarecimento/clarificação ao utente. Destaco a capacidade interventiva, sendo ser, intuitivo, na execução do trabalho com a equipa tornando-se algumas vezes numa mais valia, permitindo uma troca de conhecimentos. Saliento ainda o saber estar dignificando a profissão de Enfermeiro.

Avaliação qualitativa: Insuficiente (< 9,5 val.); Suficiente (10-13 val.); Bom (14-15 val.); Muito bom (16-17 val.); Excelente (18-20 val.)

Data: 19/12/14

Orientador

Feresia Paula Silveira Henriques

Assinatura

Data: 19/12/14

Estudante

João Pedro Almeida da Costa Pinto

João

Paula

ANEXO III – AVALIAÇÃO DO ENSINO CLÍNICO DO HOSPITAL B



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA
CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM NA ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-
CIRÚRGICA
ÁREA ESPECÍFICA DE INTERVENÇÃO: ENFERMAGEM NEFROLÓGICA

AVALIAÇÃO DO ESTÁGIO COM RELATÓRIO

Avaliação Qualitativa do Enfermeiro Orientador do campo da prática Clínica:

- Boa capacidade de execução técnica;
- Interesse metódico e sistemático, agindo de forma independente e discernimento, encontrando as soluções pertinentes para cada caso. Muito criativo, tendo apresentado o folheto para os objectivos da consulta de enfermeiros;
- Revela muita ponderação nos actos que pratica, assumindo por iniciativa própria a responsabilidade dos seus actos.
- Boa relação humana. Bom trabalho de equipa, com facilidade na integração e na relação com a família.
- Attinge os seus objectivos, com a realização de 18 visitas (dezoito)

Avaliação qualitativa: Insuficiente (< 9,5 val.); Suficiente (10-13 val.); Bom (14-15 val.); Muito bom (16-17 val.); Excelente (18-20 val.)

Data: 13/02/2015 Orientador
ENFª CARIA SERGIO

Data: 13/2/2015 Estudante
João Pedro Pinto

Assinatura
MARIA DA CONCEIÇÃO P. de F. dos Santos CARIA SERGIO

João Pedro Medeiros da Costa Pinto

APÊNDICES

APÊNDICE I – ANÁLISE DOS ARTIGOS OBTIDOS PELA *EBSCO*

IDENTIFICAÇÃO DO ESTUDO	FINALIDADE DO ESTUDO	CONCLUSÕES DO ESTUDO
<p>Título: Optimizing dialysis modality choices around the world: a review of literature concerning the role of enhanced early pre-ESRD education in choice of renal replacement therapy modality</p> <p>Autor: Key, S. M.</p> <p>Fonte: Nephrology Nursing Journal: Journal Of The American Nephrology Nurses' Association [Nephrol Nurs J] 2008 Jul-Aug; Vol. 35 (4), pp. 387-94; quiz 395.</p> <p>Ano de publicação: 2008</p> <p>Hiperligação: http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=2010015452&site=ehost-live</p>	<p>Finalidade: Aumentar a conscientização sobre programas de educação pré-diálise, barreiras à educação precoce na fase de pré-diálise e programas destinados a diminuir encaminhamento tardio de enfermeiros e outros profissionais de saúde.</p> <p>Objetivos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Explicar como o início da educação ao doente renal crónico antes do último estadio da doença, pode aumentar a escolha deste favorecendo o autocuidado. 2. Discutir as maneiras como os enfermeiros podem oferecer educação aos doentes antes destes entrarem no último estadio da DRC. 3. Identificar as barreiras para a educação antes do início do último estadio da DRC e a capacidade de oferecer várias modalidades de diálise. 4. Descrever a educação antes da entrada no último estadio da DRC numa escala global. 5. Discutir soluções, pesquisar recomendações para providenciar educação aos doentes antes de entrar no último estadio da DRC e apresentar as várias modalidades de TSR. 	<p>As várias pesquisas demonstraram os benefícios de uma educação precoce ao doente renal crónico. É recomendado a referência destes doentes antes do último estadio da doença, para educação das várias TSR.</p> <p>Contudo, existem barreiras que evitam esta referência precoce e a apresentação das várias modalidades de TSR num tempo considerado benéfico, no sistema de cuidados americano e em outros sistemas do mundo.</p> <p>Estudos que compararam as escolhas de TSR entre doentes que tiveram poucas sessões de educação com outros que tiveram um programa educacional mais aprofundado demonstraram a importância do conhecimento, do <i>empowerment</i> dos doentes e da múltipla disponibilidade das modalidades de TSR. A referência tardia de um doente com DRC resulta na impossibilidade de frequentar um programa educacional e aumentar a probabilidade deste iniciar HD com um cateter temporário, roubando assim ao doente a primazia de escolher a sua TSR.</p> <p>São necessários caminhos que promova uma referência precoce destes doentes ao nefrologista e consequentemente ao enfermeiro de nefrologia, de modo que se inicie um programa de educação ainda fora do último estadio da DRC.</p>

IDENTIFICAÇÃO DO ESTUDO	FINALIDADE DO ESTUDO	CONCLUSÕES DO ESTUDO
<p>Título: Perceived informational needs, problems, or concerns among patients with stage 4 chronic kidney disease</p> <p>Autores: Lewis, A. L.; Stabler, K.A. & Welch, J.L.</p> <p>Fonte: Nephrology Nursing Journal: Journal Of The American Nephrology Nurses' Association [Nephrol Nurs J] 2010 Mar-Apr; Vol. 37 (2), pp. 143-8; quiz 149.</p> <p>Ano de publicação: 2010</p> <p>Hiperligação: http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=2010635777&lang=pt-br&site=ehost-live</p>	<p>Finalidade: Fornecer uma visão geral das informações necessárias que são percebidas pelas pessoas com DRC e ainda, determinar os problemas ou preocupações dos doentes com DRC em estadio IV.</p> <p>Objetivos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Explicar razões para a realização deste estudo, fornecendo exemplos através da revisão da literatura. 2. Descrever os métodos utilizados para identificar as necessidades de informação, problemas ou preocupações percebidas pelas pessoas com DRC em estadio IV. 3. Delinear caminhos para que os enfermeiros de nefrologia possam responder às necessidades dos doentes, aos problemas e preocupações. 	<p>Em resumo, este estudo demonstrou que os doentes com DRC querem informação antes de iniciar uma TSR. No programa educacional, os enfermeiros de nefrologia poderão considerar a adição de conteúdos de fim de vida para doentes com DRC em estadio IV ou desenvolver módulos que deveriam estar disponíveis para quem opta por não iniciar diálise. A consciência das necessidades de informação percebidas pode facilitar o desenvolvimento de programas educacionais de qualidade para a população de doentes com DRC.</p>

IDENTIFICAÇÃO DO ESTUDO	FINALIDADE DO ESTUDO	CONCLUSÕES DO ESTUDO
<p>Título: Chronic kidney disease stressors influence choice of dialysis modality</p> <p>Autores: Harwood, L.; Wilson, B.; Sontrop, J. & Clark, A. M.</p> <p>Fonte: Journal Of Advanced Nursing [J Adv Nurs] 2012 Nov; Vol. 68 (11), pp. 2454-65.</p> <p>Ano de publicação: 2012</p> <p>Hiperligação: http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mnh&AN=22299757&lang=pt-br&site=ehost-live</p>	<p>Finalidade: Examinar as relações entre os fatores de stress da DRC e mecanismos de adaptação com as modalidades de diálise existentes.</p>	<p>Em resumo, este estudo é o primeiro a identificar que os níveis de stress da pessoa com DRC influenciam a escolha da modalidade de diálise futura. Os resultados estabelecem as bases e identificam a necessidade de desenvolver abordagens clínicas consistentes e/ou algoritmos baseados na evidência de um esforço para lidar com os stressores fisiológicos comuns nesta população de doentes. Além disso, esforços no sentido de ajudar os doentes a lidar com fatores de stress psicossociais e logísticos e incerteza associada à DRC também seria de grande benefício para alterar comportamentos de saúde e em última análise aumentar o uso de diálise domiciliária.</p>

IDENTIFICAÇÃO DO ESTUDO	FINALIDADE DO ESTUDO	CONCLUSÕES DO ESTUDO
<p>Título: Perceptions and experiences of pre-dialysis patients</p> <p>Autor: Iles-Smith, H.</p> <p>Fonte: EDTNA/ERCA Journal of Renal Care (EDTNA ERCA J), 2005 Jul-Sep; 31 (3): 130-3. (11 ref)</p> <p>Ano de publicação: 2005</p> <p>Hiperligação: http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=2009078377&lang=pt-br&site=ehost-live</p>	<p>Finalidade: Explorar as percepções, expectativas e experiências de doentes antes do início de tratamento dialítico.</p>	<p>Os resultados deste estudo destacam a falta de conhecimentos por parte do doente, a sua incapacidade para processar informação e a necessidade de acesso a mais informação. Uma aparente discrepância das necessidades do doente e distribuição de informação tornou-se clara. Ajustar e melhorar a educação do doente através da inclusão de informação centrada no mesmo, potencia o seu entendimento em relação à doença e à TSR escolhida. Assim, o uso de narrativas de doentes para fundamentar cada programa de educação individual é suscetível que melhore a capacidade dos doentes para processar a informação. Além disso, o uso de métodos verbais e visuais e o reforço da informação em vários pontos de tempo pode reduzir a sua má interpretação. Os doentes também podem achar útil receber uma visão realista da vida em diálise através do envolvimento de outros doentes que já estão a receber tratamento; isto pode ajudar a aumentar a sua percepção em relação ao que é fazer diálise.</p>

IDENTIFICAÇÃO DO ESTUDO	FINALIDADE DO ESTUDO	CONCLUSÕES DO ESTUDO
<p>Título: Renal replacement therapy choices for pre-dialysis renal patients</p> <p>Autores: Tweed, A. E. & Ceaser, K.</p> <p>Fonte: British Journal Of Nursing (Mark Allen Publishing) [Br J Nurs] 2005 Jun 23-Jul 13; Vol. 14 (12), pp. 659-64.</p> <p>Ano de publicação: 2005</p> <p>Hiperligação: http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mnh&AN=16010217&site=ehost-live</p>	<p>Finalidade: Explorar o processo de tomada de decisão dos doentes em pré-diálise para elucidar como é que essas escolhas foram feitas.</p>	<p>Muitos doentes com DRC em fase pré-diálise enfrentam a necessidade de ter que efetuar múltiplas escolhas até à TSR. Este estudo destacou que é fundamental existir uma tomada de decisão individualizada e altamente pessoal, baseada num conjunto emergente de temas centrais, ainda que relevantes para todo o grupo. Estes temas centrais permanecem os mesmos, independentemente da modalidade escolhida e partilham semelhanças com temas desenvolvidos noutros estudos. O desejo de manter a integridade e o atual estilo de vida é visto como vital e, embora as escolhas possam ser formuladas no sentido de “o menor de dois males“, elas são geralmente vistas como possíveis de adaptação e de gestão. A oportunidade de observar e interagir com outros doentes renais tem particular importância e serve como um papel crucial ou de confirmação no processo de tomada de decisão. As decisões foram contextualizadas nas experiências de doença dos participantes e destacou a necessidade de abordagens individualizadas para a partilha de informações e avaliação. O desafio para os serviços de nefrologia é aumentar a oportunidade construtiva dos doentes em pré-diálise, obterem conversas com outros doentes com a mesma doença, dentro do contexto de limitações de recursos e de tempo.</p>

IDENTIFICAÇÃO DO ESTUDO	FINALIDADE DO ESTUDO	CONCLUSÕES DO ESTUDO
<p>Título: The role of the pre-dialysis nurse in New Zealand</p> <p>Autores: Walker, R.; Abel, S. & Meyer, A.</p> <p>Fonte: Renal Society of Australasia Journal (RENAL SOC AUSTRALAS J), 2010 Mar; 6 (1): 5-10. (20 ref)</p> <p>Ano de publicação: 2010</p> <p>Hiperligação: http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=2010608080&site=ehost-live</p>	<p>Finalidade: Descrever e discutir o papel do enfermeiro na fase de pré-diálise na Nova Zelândia. Apresentar os resultados de um estudo qualitativo que explorou o que é que os enfermeiros percebem como cuidados eficazes na fase de pré-diálise. Compreender o seu papel é fundamental para a compreensão da prática efetiva.</p>	<p>Esta pesquisa forneceu uma descrição dos componentes-chave do papel do enfermeiro na fase de pré-diálise na Nova Zelândia. As descrições detalhadas fornecidas pelos participantes ilustraram a complexidade e os desafios que estes enfermeiros especializados enfrentam. Também foi destacada a necessidade de clarificar o verdadeiro papel do enfermeiro na fase de pré-diálise. A implementação de <i>guidelines</i> asseguraria que esses enfermeiros teriam uma base sobre a qual basear o seu papel e cuidados. Eles também deveriam garantir que os doentes recebam tratamento e cuidados mais equitativos.</p>

IDENTIFICAÇÃO DO ESTUDO	FINALIDADE DO ESTUDO	CONCLUSÕES DO ESTUDO
<p>Título: Effects of multidisciplinary models of care for adult pre-dialysis patients with chronic kidney disease: a systematic review</p> <p>Autores: Strand, H & Parker, D.</p> <p>Fonte: International Journal Of Evidence-Based Healthcare [Int J Evid Based Healthc] 2012 Mar; Vol. 10 (1), pp. 53-9.</p> <p>Ano de publicação: 2012</p> <p>Hiperligação: http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mnh&AN=22405416&site=ehost-live</p>	<p>Finalidade: Comparar a eficácia dos cuidados por uma equipa multidisciplinar com os cuidados médicos tradicionais na progressão da doença renal crónica em doentes adultos em pré-diálise (estádios III a V).</p>	<p>Este estudo fornece alguma evidência de que cuidados multidisciplinares são eficazes para adultos com doença renal crónica em pré-diálise (estádios III a V). Especificamente, a eficácia foi demonstrada por um ensaio clínico randomizado que mostrou um retardamento no tempo de início de uma TSR. Este atraso vai aliviar um pouco o desconforto e impacto negativo no bem-estar que a TSR pode causar às pessoas com DRC. A educação é um importante componente que deve ser incluído nos cuidados multidisciplinares. A educação deve ter como objetivo aumentar o conhecimento e a compreensão das causas de problemas de saúde para as pessoas com DRC. Um bom controlo da tensão arterial parece fundamental para o atraso da progressão da DRC, embora os estudos atuais não relatem uma estatística significativa para este resultado.</p>

IDENTIFICAÇÃO DO ESTUDO	FINALIDADE DO ESTUDO	CONCLUSÕES DO ESTUDO
<p>Título: <i>Empowerment</i> intervention in outpatient care of persons with chronic kidney disease pre-dialysis</p> <p>Autores: Nygårdh, A.; Malm, D.; Wikby, K. & Ahlström, G.</p> <p>Fonte: Nephrology Nursing Journal: Journal Of The American Nephrology Nurses' Association [Nephrol Nurs J] 2012 Jul-Aug; Vol. 39 (4), pp. 285-93; quiz 294.</p> <p>Ano de publicação: 2012</p> <p>Hiperligação: http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mnh&AN=23061113&site=ehost-live</p>	<p>Finalidade: Fornecer uma visão geral de como os enfermeiros de nefrologia podem capacitar os doentes com DRC em pré-diálise.</p> <p>Objetivos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Definir <i>empowerment</i>. 2. Explicar os benefícios do <i>empowerment</i>, em ambulatório, nas pessoas com DRC em pré-diálise. 3. Discutir as intervenções de profissionais de saúde que potencialmente possam aumentar o <i>empowerment</i>, em ambulatório, nas pessoas com DRC. 	<p>Os resultados deste estudo mostram que as intervenções para melhorar a qualidade dos cuidados tiveram um impacto significativo sobre o <i>empowerment</i> das pessoas com DRC em relação ao apoio da individualidade, situação de vida pessoal e de controlo de decisão. Os resultados dão um impulso para facilitar melhorias em cuidados de qualidade e a abordagem de pesquisa interativa para promover a implementação sustentável de estratégias que capacitam pessoas com doença.</p>

IDENTIFICAÇÃO DO ESTUDO	FINALIDADE DO ESTUDO	CONCLUSÕES DO ESTUDO
<p>Título: Perceptions of key influences on effective pre-dialysis nursing care</p> <p>Autores: Walker, R.; Abel, S. & Meyer, A.</p> <p>Fonte: Contemporary Nurse: A Journal for the Australian Nursing Profession. Aug 2012, Vol. 42 Issue 1, p28-35. 8p.</p> <p>Ano de publicação: 2012</p> <p>Hiperligação: http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=84307901&site=ehost-live</p>	<p>Finalidade: Descrição e discussão sobre o que os enfermeiros de nefrologia percebem como fatores importantes sobre os cuidados de enfermagem eficazes em pré-diálise na Nova Zelândia. É com base em conclusões de um estudo qualitativo mais amplo, em que se entrevistou a maioria dos enfermeiros de pré-diálise de Nova Zelândia.</p>	<p>Enfermeiros de pré-diálise desempenham um papel central nos serviços de nefrologia e têm uma visão clara do que constituem cuidados de enfermagem eficazes em pré-diálise. É oportuno que as principais influências sobre cuidados de enfermagem eficazes em pré-diálise sejam examinadas de perto para que estes profissionais sejam apoiados e as barreiras sejam abordadas. A fim de melhorar os cuidados aos doentes em pré-diálise e os resultados, é importante que os enfermeiros de pré-diálise sejam apoiados para proporcionarem cuidados abrangentes e culturalmente apropriados para este diverso grupo de doentes, encorajados a avançar profissionalmente e sejam envolvidos no desenvolvimento de futuros serviços. Dada a importância central do papel da enfermagem em pré-diálise para a prestação de cuidados de nefrologia, o desenvolvimento e a manutenção desses enfermeiros especialistas parece crucial.</p>

IDENTIFICAÇÃO DO ESTUDO	FINALIDADE DO ESTUDO	CONCLUSÕES DO ESTUDO
<p>Título: What do New Zealand pre-dialysis nurses believe to be effective care?</p> <p>Autor: Walker, R.; Abel, S. & Meyer, A.</p> <p>Fonte: Nursing Praxis in New Zealand [Nurs Prax N Z] 2010 Aug. Vol. 26 (2), pp. 26-34</p> <p>Ano de publicação: 2010</p> <p>Hiperligação:</p> <p>http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mdc&AN=21032972&lang=pt-br&site=ehost-live</p>	<p>Finalidade: Através do método qualitativo, determinar num grupo de enfermeiros especialistas em nefrologia, o que contribui para cuidados em pré-diálise eficazes.</p>	<p>Com o aumento da incidência da doença renal crônica em todo o mundo, é necessário garantir cuidados de enfermagem em pré-diálise eficazes. Dada a reconhecida importância do enfermeiro especialista neste campo, cada vez mais deve ser dada prioridade na formação de novos profissionais. No entanto, como relatado no presente estudo, os indicadores mensuráveis comumente utilizados (início precoce de diálise e formação de acesso de diálise antes do tratamento) são influenciados por um número de fatores que não estão dentro do controle dos enfermeiros e não estão especificamente relacionados com o seu papel. Os participantes deste estudo, que representam quase todos os enfermeiros em cuidados em pré-diálise na Nova Zelândia, identificou uma série de áreas mais qualitativas que consideram ser centrais para a prática de enfermagem pré-diálise de forma eficaz, ou seja, uma relação doente-enfermeira forte, uma avaliação abrangente de enfermagem holística e educação do doente oportuna e apropriada. Consequentemente, para que os cuidados em pré-diálise sejam assegurados e eficazes, é importante não só medir parâmetros quantificáveis, mas também considerar os elementos mais qualitativos, aqui identificados como sendo o cerne da prática efetiva de enfermagem em pré-diálise. Cada vez mais a eficácia dos cuidados em pré-diálise deve-se a uma equipa multidisciplinar, em que as responsabilidades e as funções dos enfermeiros, dentro da equipe multidisciplinar, são de extrema importância para a eficácia dos mesmos. Com a educação adequada e habilidades para esta função podem desenvolver e progredir para melhor atender as necessidades dos doentes e suas famílias. Em relação aos fatores identificados que influenciam a eficácia dos cuidados em pré-diálise, deve ser tido em consideração para a preparação de enfermeiros que trabalham nesta área. A necessidade de uma educação especializada adequada parece ser um componente essencial neste processo. Isso pode exigir o desenvolvimento de competências que dizem respeito principalmente a esta área específica.</p>

APÊNDICE II – CARATERIZAÇÃO FÍSICA DO SERVIÇO DE
NEFROLOGIA DO HOSPITAL A

O serviço de nefrologia do Hospital A engloba no mesmo espaço físico, serviço de internamento, sala de pequena cirurgia, Hospital de Dia, salas de hemodiálise e consultas.

O internamento tem a capacidade de 22 camas, tanto para o género masculino como para o género feminino. A este espaço acresce mais um quarto com 2 camas para pessoas que são internadas por 24 horas para a realização de biópsias renais, colocação de cateteres ou outros exames que impliquem vigilância durante um curto período, ou quando necessário isolamento de doentes por suspeita de doença infectocontagiosa.

A sala de pequena cirurgia, para além de responder às necessidades do serviço, dá apoio a outros serviços do grupo hospitalar e a outras instituições protocoladas. É também referenciada em situações de urgência nefrológica, funcionando por isso 24 horas, dependendo das necessidades. Nesta sala são colocados cateteres de HD, de Tenckhoff e são realizadas biópsias renais.

O Hospital de Dia funciona igualmente 24 horas todos os dias da semana e aos fins-de-semana, onde para além das marcações previstas, são atendidas também situações consideradas urgentes. Das situações mais frequentes, inclui-se a desobstrução de cateteres de HD, a administração de medicação diversa como antibioterapia, imunossupressão e administração de hemoderivados. Em situações de urgência, é efetuado contacto prévio com o médico de serviço e caso se trate de uma situação do foro nefrológico, o doente é encaminhado ao Hospital de Dia.

A sala de hemodiálise é constituída por 3 salas: a sala A é preferencialmente para casos agudos (8 postos de diálise) e as salas B e C para situações crónicas com doença infecciosa (3 postos cada). As salas funcionam num período normal das 8h às 23h30m e posteriormente a este horário, funciona em situações de hemodiálise de urgência a doentes do hospital ou outras instituições protocoladas.

Por fim, as consultas estão integradas no serviço de ambulatório e inclui a consulta de nefrologia (sem intervenção de enfermagem), a consulta de transplante renal, a consulta de diálise peritoneal e a consulta de doença renal crónica avançada, designação dada pelo serviço à consulta de esclarecimento de acordo com a norma 017 da DGS, iniciada em 18/10/2011.

APÊNDICE III – CARACTERIZAÇÃO FÍSICA DO SERVIÇO DE
NEFROLOGIA DO HOSPITAL B

Este serviço de nefrologia partilha o piso com o serviço de Gastreenterologia e tem atribuídas 8 camas de internamento de enfermaria, uma unidade autónoma de HD com duas salas de diálise. A primeira tem 6 máquinas de HD e atende doentes crónicos em ambulatório e doentes internados. A segunda tem 3 máquinas, sendo utilizada para doentes com doenças transmissíveis pelo sangue (Vírus da Imunodeficiência Humana, Hepatite B e C). Tem duas enfermarias habitualmente para ambos os géneros.

É constituído por áreas de apoio, existindo: 1 sala de visitas; 1 sala de reuniões; 1 sala de refeitório; 1 copa; 1 depósito de sacos (roupa suja e lixos) e material de limpeza; 1 casa de banho para visitas e vestiário de doentes ambulatoriais para tratamentos de hemodiálise; 2 vestiários para o pessoal (masculino e feminino); 1 quarto para o médico de serviço que se encontra de urgência interna; 1 sala de trabalho de Enfermagem; 1 sala de relatórios (Nefrologistas); 1 rouparia; 1 sala de pausa para o pessoal; 1 gabinete para a secretária de unidade; 1 gabinete para a enfermeira Chefe; 1 gabinete para o Diretor Clínico/Gastroenterologia; 1 sala de trabalho para os Médicos de Gastroenterologia; 4 arrecadações para equipamentos e material de consumo; 3 casas de banho e 3 duches para os doentes; 2 casas de banho com duche; 1 casa de banho com duche assistido; vestiário com WC (para a sala de diálise nº2) e 2 casas de banho para o pessoal do serviço.

Em situações de urgência são colocados os cateteres de HD na sala grande de hemodiálise, não existindo ainda uma sala própria para colocação de cateteres.

As patologias mais frequentes no internamento de nefrologia são: insuficiência renal aguda e crónica; doentes com descompensação da sua insuficiência renal crónica em hemodiálise, por insuficiência cardíaca; infeção respiratória; diabetes mellitus descompensada; infeção urinária; febre de etiologia a esclarecer; hipertensão; estados confusionais de etiologia ligada à DRC; trombose dos acessos vasculares; edema agudo do pulmão; anemia; infeção renal; neoplasias; erisipela; hipoglicémia; doentes para estudo/exames complementares de diagnóstico.

As consultas de nefrologia (enfermagem e médica) e de esclarecimento são realizadas pelos profissionais do serviço de nefrologia, mas está sob a tutela da direção do serviço das consultas. O serviço de nefrologia habitualmente utiliza o gabinete 1 para as consultas de nefrologia de enfermagem e os gabinetes 8 e 10 para as consultas médicas e de esclarecimento (médico e enfermeiro).

APÊNDICE IV – APRESENTAÇÃO AUDIOVISUAL PARA A CONSULTA DE
ESCLARECIMENTO DO HOSPITAL A

CONSULTA DE ESCLARECIMENTO

TÉCNICAS DE SUBSTITUIÇÃO RENAL

GUIA EDUCATIVO PARA UMA ESCOLHA ACERTADA

TÉCNICAS DE SUBSTITUIÇÃO DA FUNÇÃO RENAL

- Diálise
 - diálise peritoneal
 - hemodiálise
- Transplante renal
- Tratamento médico conservador

MODALIDADES DE TRATAMENTO EXISTENTES

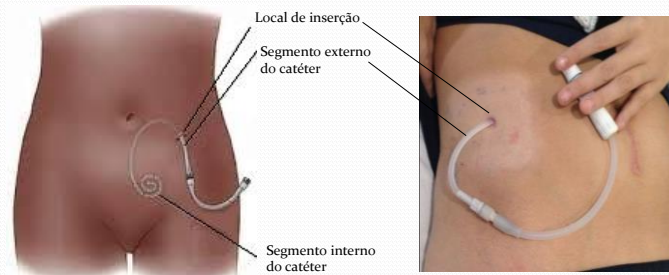


DIÁLISE PERITONEAL

- Utilizado o peritoneu (membrana que reveste a cavidade abdominal) para a filtração do sangue;
- Consiste na entrada (infusão) de líquido na cavidade abdominal, através de um catéter;
- Esse líquido permanece algumas horas no peritoneu e posteriormente é drenada.



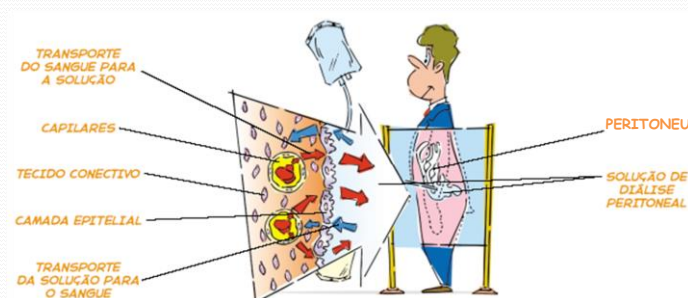
DIÁLISE PERITONEAL



Catéter de diálise peritoneal

DIÁLISE PERITONEAL

- O líquido de diálise permite a transferência/troca de água e das substâncias nocivas do sangue para a solução.



DIÁLISE PERITONEAL



- Técnica que se pode realizar em casa ou noutro local limpo e bem iluminado, após os devidos ensinamentos;
- A higiene e o seu envolvimento nos tratamentos são fatores determinantes para os melhores resultados.

DIÁLISE PERITONEAL

Esta técnica pode ser:

Manual

DPCA (Diálise Peritoneal Contínua Ambulatória)

Efetua-se durante o dia e as trocas são realizadas pelo próprio (3 a 5 vezes).



DIÁLISE PERITONEAL

Através de uma máquina (cicladora)

DPA (Diálise Peritoneal Automática)



É realizada durante a noite, sendo as trocas efetuadas por uma máquina, enquanto dorme.

DIÁLISE PERITONEAL

VANTAGENS:

- Flexível (pode-se ajustar aos seus horários/rotinas diárias mesmo não estando em casa), conferindo maior independência;
- Tratamento contínuo e por isso mais suave por ser mais fisiológico;
- Não necessita de deslocação a centros de diálise;
- Material utilizado é assegurado pela empresa;



DIÁLISE PERITONEAL



- Permite manter a função renal residual;
- Se DPA, é realizada durante a noite, permite maior liberdade durante o dia;
- Requer menos idas ao hospital, após as fases de ensino.

DIÁLISE PERITONEAL

DESVANTAGENS:



- Necessita de um catéter externo permanente no abdômen;
- Risco de infecção do local de inserção do catéter;
- Risco de peritonites (infecção do peritôneu);

DIÁLISE PERITONEAL



- Poderá ocorrer falência da membrana peritoneal;
- Pode surgir mais cansaço diurno com a realização das várias mudanças;
- Necessita de espaço para guardar o material essencial à técnica.

HEMODIÁLISE

- Tratamento realizado em centro de diálise ou num hospital com a especialidade, sendo monitorizados por enfermeiros.



HEMODIÁLISE

- Remove as substâncias nocivas do sangue e os líquidos em excesso, através de um filtro artificial, com o auxílio de uma máquina;



- A máquina faz sair o sangue do organismo, passando-o pelo filtro onde é depurado, entrando novamente no organismo;
- Este circuito faz-se através de um sistema de tubos – circuito extracorporeal;

HEMODIÁLISE

- Por norma são realizadas três sessões por semana, em dias alternados, com a duração de cerca de 4 horas de tratamento. Contudo, a duração e os dias de hemodiálise são determinados pelo seu nefrologista e podem variar;
- Há possibilidade de realizar hemodiálise noturna em alguns centros;
- Existe hemodiálise domiciliária;
- Para a realização de hemodiálise é necessário um acesso ao aparelho circulatório.



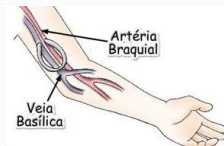
HEMODIÁLISE

Existem três diferentes tipos de acesso ao aparelho circulatório:

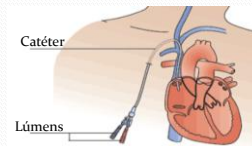
Fístula artério-venosa (preferencial)



Prótese artério-venosa



Catéter de hemodiálise



HEMODIÁLISE

- É possível manter uma atividade profissional regular, embora tenha que haver adaptação dos horários, para cumprir os dias de tratamento;
- Poderá gozar férias noutra parte do país ou mesmo no estrangeiro.



HEMODIÁLISE

- Em regra geral é um tratamento bem tolerado mas podem surgir intercorrências;
- Intercorrências mais frequentes:
 - Hipotensão (baixa de tensão arterial);
 - Náuseas;
 - Vômitos;
 - Cãibras.

HEMODIÁLISE

- Importante manter atividade física regular e hábitos de vida saudável;
- Restringir determinados alimentos e líquidos;



VANTAGENS HEMODIÁLISE REALIZADA EM CENTRO/ HOSPITAL

- O tratamento é realizado por profissionais especializados, estando em contato regular com o seu nefrologista;
- Permite maior socialização entre as pessoas;
- Habitualmente é realizado 3 vezes por semana;
- Não necessita de material em casa.



DESVANTAGENS HEMODIÁLISE REALIZADA EM CENTRO/ HOSPITAL

- É necessário deslocar-se cerca de 3 vezes por semana ao centro de diálise (por norma);
- Tem de cumprir um horário fixo de tratamento;
- É necessário um acesso ao aparelho circulatório permanente;
- Acumulação de toxinas e de líquidos entre os dias de hemodiálise;
- Dieta e restrição de líquidos.



TRATAMENTOS DE DIÁLISE

- Não existe um tratamento dialítico melhor que o outro;
- A opção depende do estilo de vida e da condição clínica de cada pessoa;
- A escolha de um tratamento não implica que não possa ter de mudar para outro por opção ou por necessidade.



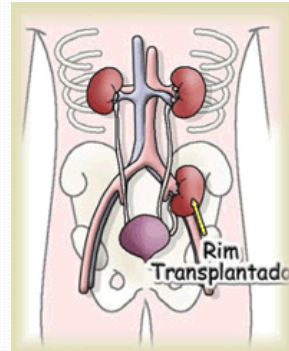
TRANSPLANTE RENAL



- Consiste numa operação com anestesia geral, onde o cirurgião implanta um rim no abdómen e tem a duração média de 3-4 horas;
- O rim poder ser de um dador cadáver mas é possível ser de dador vivo;

TRANSPLANTE RENAL

- Os centros de transplantação que existem são em Lisboa, Porto, Almada e Coimbra.



TRANSPLANTE RENAL

Como poderá ser candidato ao transplante?

- Para ser candidato é necessário realizar vários exames de histocompatibilidade e excluir a presença de eventuais doenças que impossibilitem a cirurgia;
- Após os resultados, é incluído na lista de espera e poderá ser candidato quando surgir um rim compatível. É obrigatória a inscrição em 2 centros de transplante;
- Os dados são atualizados de 3 em 3 meses na entidade reguladora de transplantação (Lusotransplante).

TRANSPLANTE RENAL

Como é possível realizar um transplante de dador vivo?

- Por intermédio de um familiar que se ofereça para doar um rim. São efetuados exames para verificar a compatibilidade entre o recetor e o dador e avaliam-se as condições clínicas e psicológicas, para se proceder ao transplante.

TRANSPLANTE RENAL

VANTAGENS:

- Mantém as funções de filtração, de regulação de água e de produção de hormonas importantes para o funcionamento do organismo;
- Dá maior liberdade em relação à diálise, proporcionando melhor qualidade e esperança de vida.



TRANSPLANTE RENAL

DESVANTAGENS:

- Está sujeito a complicações associadas ao risco operatório (infecção, hemorragia, etc...);
- Existe sempre o risco de rejeição (aguda ou crónica);
- Necessita de tomar medicação com horários muito rigorosos, até à duração do rim transplantado (imunossupressão);
- Está mais sujeito a infeções.



TRATAMENTO CONSERVADOR

- Consiste em aplicar terapêutica não invasiva (medicação e dieta) com o objetivo de diminuir os sintomas da doença;



- Embora se encontre no lote de escolha para uma das técnicas de substituição renal, não deve ser considerada uma opção de substituição;

TRATAMENTO CONSERVADOR

- Só em situações graves, de mau prognóstico, em que a diálise não contribui para uma melhor qualidade de vida;
- Existe preocupação em garantir o bem-estar e redução do sofrimento;



TRATAMENTO CONSERVADOR

- Tem direito a assistência proporcionada por técnicos especializados (médicos, enfermeiros e outros);
- Se preferir, pode ser assistido em casa, desde que seja garantido o acompanhamento de profissionais acima citados.



Apesar da pessoa ter livre escolha no seu tratamento, o tratamento conservador não é alternativa às outras modalidades terapêuticas, sendo privilegiada em situação de mau prognóstico onde a diálise ou a transplantação não melhore a qualidade de vida.



A sua equipa de saúde está sempre ao seu dispor

APÊNDICE V – DIAPOSITIVOS PARA A FORMAÇÃO EM SERVIÇO SOBRE A
NORMA 017/2011 DA DGS NO HOSPITAL A

NORMA 017 DA DGS

JOÃO PINTO
Dezembro, 2014

OBJETIVOS

- Expor o conteúdo da Norma 017;
- Demonstrar a importância da articulação da equipa multidisciplinar para proporcionar cuidados de excelência pré diálise ao DRC.

CONTEÚDO

- Fundamentação para a criação da Norma 017;
- Finalidade da Norma 017;
- Principal conteúdo da Norma 017;
 - Requisitos da consulta;
 - Requisitos de opção;
- Investigação que dá credibilidade à sua aplicação;
- Referências bibliográficas.

FUNDAMENTAÇÃO

- 18345 doentes a realizar TSR em Portugal;
- 59,84% realizam HD;
- Aumento progressivo de doentes a iniciar HD desde de 2007 até 2013, o que implica maiores custos de saúde;
- O número de doentes em DP incidentes e prevalentes em 2013 diminuiu em relação ao ano anterior;
- Portugal apresenta um crescimento anual de DRCT superior à média dos países da OCDE, apresentando as maiores incidência e prevalência de DRCT da Europa.

[SPN, 2014]

FUNDAMENTAÇÃO

- 40% dos portugueses não têm possibilidade escolher o tratamento de substituição renal;
- Mais de dois terços consideram que a informação facultada sobre as técnicas de diálise foi insuficiente;

(Federação Europeia dos Doentes Renais (CEAPIR), 2011)

FUNDAMENTAÇÃO

- Publicação de orientações para os profissionais de saúde proporcionam cuidados às pessoas com DRC tendo em vista o retardamento da progressão da doença;
- Orientações fundamentais aquando da entrada na última fase da doença renal, para facilitar a escolha da TSR, promovendo a qualidade de vida.

[NKF/KDOQI, 2002]

FUNDAMENTAÇÃO

- Os doentes numa fase de pré-diálise necessitam de um programa de educação individualizado, flexível, que permita aos doentes absorver e interpretar as informações dadas;
- O uso de métodos audiovisuais e o reforço das informações em vários momentos, pode reduzir interpretações erróneas dos doentes;
- O envolvimento de outras pessoas que já estão a realizar uma TSR, beneficia o doente em pré-diálise a ter uma visão realista da vida em diálise.

Illes-Smith (2005), pp. 132-133

FUNDAMENTAÇÃO

- Um programa educacional precoce, é importante para ajudar a pessoa com DRC em estadio IV a ultrapassar com sucesso a adversidade do momento;
- É importante avaliar as necessidades e o tipo de informação de forma individual, para proporcionar uma melhor adaptação.

Lewis, A.L., Stabler, K. A. & Welch, J.L. (2010), pp. 147

FUNDAMENTAÇÃO

- O uso de ferramentas de apoio à decisão pode ser útil em casos particulares, quando existe conflito em decidir qual a TSR a escolher;
- Para ultrapassar esta dificuldade, a iniciação de um programa educacional em tempo útil, reduz a incerteza e consequentemente, possibilita a pessoa a adaptar-se mais facilmente.

Harwood, Wilson, Sontrop & Clark (2012), pp. 2462

FINALIDADE

- Uniformizar os cuidados pré diálise;
- Sensibilizar para uma referência precoce;
- Proporcionar

“um adequado esclarecimento do doente e dos seus próximos acerca dos resultados esperados e contribuir, desta forma, para uma opção informada por uma modalidade de tratamento, mais ou menos agressiva, de acordo com a sua perspectiva pessoal”.

Norma 017, DGS, (2011)

NORMA 017

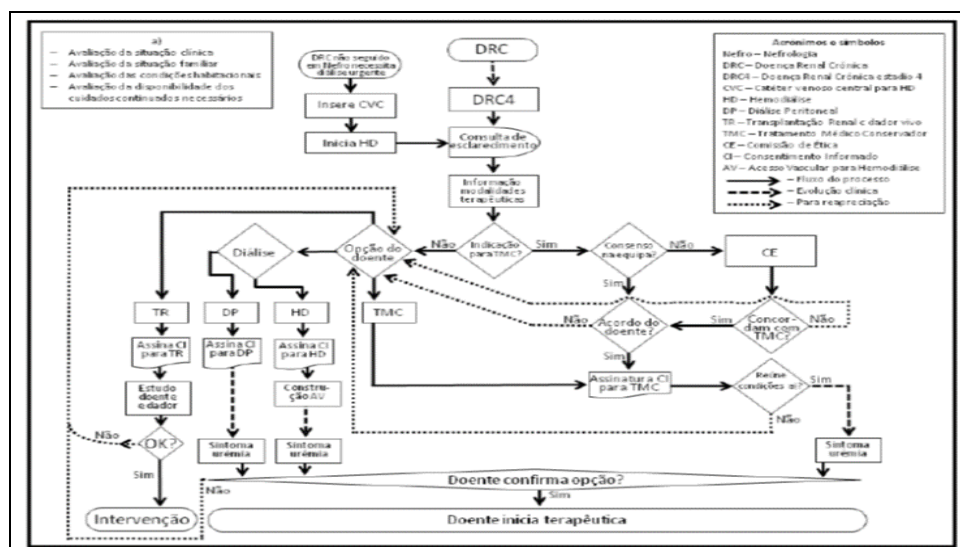
- Modalidades de substituição renal existentes para o último estadio da DRC:
 - Hemodiálise;
 - Diálise peritoneal;
 - Transplante renal;
 - Tratamento médico conservador.
- A informação e o esclarecimento das modalidades terapêuticas é obrigatório para todo o doente renal crónico;

Norma 017, DGS, (2011)

NORMA 017

- A indução urgente de hemodiálise não deve ser impeditiva de se realizar uma consulta de esclarecimento sobre as modalidades de tratamento à posteriori;

Norma 017, DGS, (2011)



NORMA 017

- O doente renal crónico seguido em consulta de nefrologia, deverá ser referenciado à consulta de esclarecimento no estadio IV da doença.

Norma 017, DGS, (2011)

REQUISITOS DA CONSULTA

- Esclarecer sobre as modalidades de tratamento e técnicas respetivas;
- Ser individualizada e ter registo próprio;
- Ser realizada por uma equipa multidisciplinar constituída por nefrologista, enfermeiro, assistente social e nutricionista;
- Dispor de material informativo para a consulta.

Norma 017, DGS, (2011)

REQUISITOS DE OPÇÃO

- Após a escolha do doente, é assinado o consentimento informado, devendo este ficar com cópia do esclarecimento e do consentimento;
- Esta escolha e o consentimento informado não são vinculativos;
- Sem prejudicar a opção escolhida do doente, o médico deve manter o exercício do seu dever, de informar e aconselhar o doente;

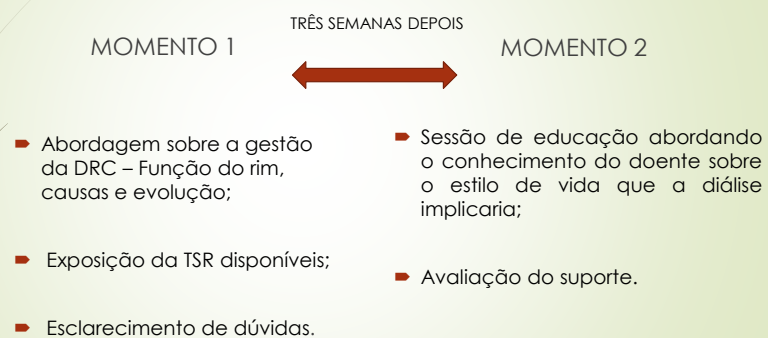
Norma 017, DGS, (2011)

REQUISITOS DE OPÇÃO

- O consentimento informado deve acompanhar o processo clínico ou ser arquivado digitalmente;
- Nas situações em que o doente não consegue expressar a sua vontade, a prática clínica fica sujeita ao Código Deontológico dos Médicos (artigo 46º).

Norma 017, DGS, (2011)

EXEMPLO DE CONSULTA DE ESCLARECIMENTO



Owen (Australia, 2006) – aplicando guidelines da NKF/KDOQI e da Caring for Australians with Renal Insufficiency (CARI), citado por Key (2008), pp. 390

EXEMPLO DE CONSULTA DE ESCLARECIMENTO

MOMENTO 3

- Realização de uma revisão do que foi exposto;
- Escolha da TSR por parte do doente;
- Planeamento de sessões de educação mais dirigidas à TSR escolhida;
- Planeamento do acesso de diálise;
- Possibilidade ao doente de realizar visitas às unidades de DP ou HD, para partilha de experiências.

50% dos doentes referenciados protelaram o início de uma TSR de 1 para 14 meses.

Owen (Australia, 2006) – aplicando guidelines da NKF/KDOQI e da Caring for Australians with Renal Insufficiency (CARI), citado por Key (2008), pp. 390

EQUIPA MULTIDISCIPLINAR

A intervenção de uma EMD:

- Melhor adaptação e gestão da DRC;
- Potencialização de uma escolha de TSR mais adequada à sua condição social e de saúde.

A não intervenção de uma EMD:

- Adaptação inadequada à DRC;
- Iniciar uma TSR de urgência, nomeadamente HD.

Heaf, (2004), citado por Key, (2010), pp. 389

CONCLUSÃO

- Um doente que está envolvido na gestão da sua doença e que sente que é participativo no seu tratamento conservador, consegue adiar a indução de uma técnica dialítica;
- Tem menor número de internamentos;
- Existe melhor aceitação da sua TSR, refletindo-se na sua qualidade de vida.

Golper (2001), citado por Key, (2008), pp. 388

REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Direção Geral da Saúde. Norma 017 (2011). Tratamento Conservador Médico da Insuficiência Renal Crónica Estadio 5. Disponível em

<http://www.dgs.pt/?cr=21155>

- Federação Europeia dos Doentes Renais – CEAPIR (2012). Tratamento desigual para doentes renais na Europa, Vilnius – Lituânia. Cedido pela APIR em 18/06/2014. Disponível em

<http://www.apir.org.pt/?lop=conteudo&op=6974ce5ac660610b44d9b9fed0ff9548&id=5f2c22cb4a5380af7ca75622a6426917>

REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Harwood, L.; Wilson, B.; Sontrop, J. & Clark, A. M. (2012). Chronic kidney disease stressors influence choice of dialysis modality. *Journal Of Advanced Nursing*. Vol. 68 (11), 2454-2465. Disponível em

<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mnh&AN=22299757&lang=pt-br&site=ehost-live>

- Iles-Smith, H. (2005). Perceptions and experiences of pre-dialysis patients. *Journal of Renal Care*. Vol. 31 (3), 130-133. Disponível em

<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=2009078377&lang=pt-br&site=ehost-live>

REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Key, S., M. (2008). Optimizing Dialysis Modality Choices Around the World: A Review of Literature Concerning The Role of Enhanced Early Pre-ESRD Education in Choice of Renal Replacement Therapy Modality. *Nephrology Nursing Journal*, Vol. 35 (4), 387-394. Disponível em

<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=2010015452&site=ehost-live>

- Lewis, A.L., Stabler, K. A. & Welch, J. L. (2010). Perceived Information Needs, Problems, or Concerns among Patients With Stage 4 Chronic Kidney Disease. *Nephrology Nursing Journal*, Vol. 37 (2), 143-149. Disponível em

<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=2010635777&lang=pt-br&site=ehost-live>

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- National Kidney Foundation (2002) – NKF KDOQI *Guidelines* - KDOQI Clinical Practice *Guidelines* for Chronic Kidney Disease: Evaluation, Classification, and Stratification – Foreword. Disponível em

http://www.kidney.org/professionals/KDOQI/guidelines_ckd/forward.htm

- Sociedade Portuguesa de Nefrologia – Relatórios Anuais 2013: Tratamento da IRCT em Portugal. Disponível em

http://www.spnephro.pt/comissoes_gabinetes/Gabinete_registro_2013/default_IRCT_01.asp

OBRIGADO PELA VOSSA ATENÇÃO

APÊNDICE VI – PANFLETOS SOBRE HEMODIÁLISE E DIÁLISE PERITONEAL
PARA A CONSULTA DE ESCLARECIMENTO DO HOSPITAL B

Tem como vantagens:

- Flexível (pode-se ajustar aos seus horários/rotinas diárias mesmo não estando em casa);
- Tratamento contínuo e por isso mais suave por ser mais fisiológico;
- Não necessita de deslocação a centros de diálise;
- Material utilizado é assegurado pela empresa;
- Permite manter a função renal residual;
- Se DPA, é realizada durante a noite, permite maior liberdade durante o dia;
- Requer menos idas ao hospital, após as fases de ensino;

Tem como desvantagens:

- Necessita de um cateter externo permanente no abdómen;
- Risco de infeção do local de inserção do cateter;
- Risco de peritonites (infeção do peritoneu);
- Poderá ocorrer falência da membrana peritoneal;
- Pode surgir mais cansaço diurno com a realização das várias mudanças;
- Necessita de espaço para guardar o material essencial à técnica.

Técnicas de substituição da função renal



DIÁLISE PERITONEAL

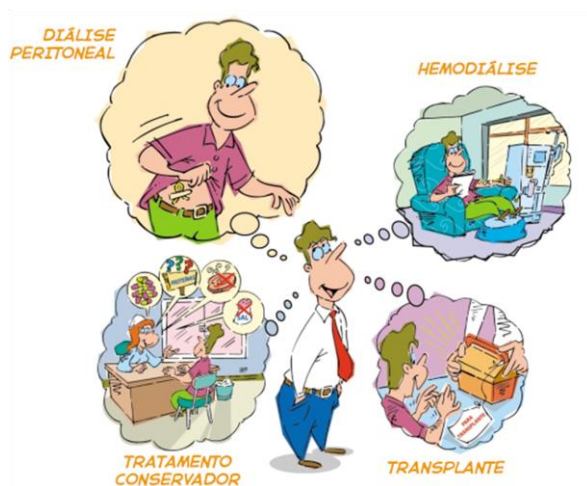
CONSULTA DE ESCLARECIMENTO

Elaborado por Enf^o João Pinto

TÉCNICAS DE SUBSTITUIÇÃO DA FUNÇÃO RENAL

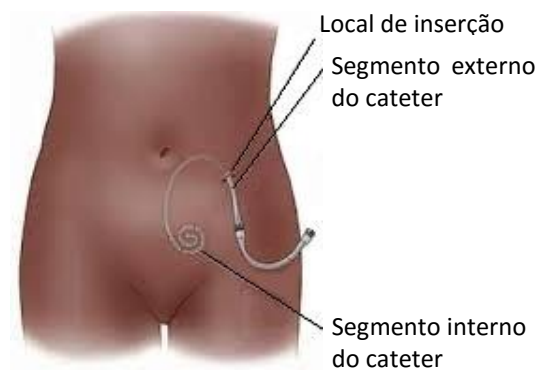
Na doença renal crónica, a função renal deteriora ao longo do tempo, alcançando um estadio em que se torna necessária a realização de um tratamento que permita substituir a função de filtração dos rins. As técnicas existentes são:

- Diálise
 - Diálise peritoneal
 - Hemodiálise
- Transplante renal
- Tratamento médico conservador



DIÁLISE PERITONEAL

- Utiliza o peritoneu (membrana que reveste a cavidade abdominal), para a filtração do sangue;
- É uma técnica que se pode realizar em casa ou noutro local limpo e bem iluminado, após os devidos ensinamentos;
- O líquido de diálise é introduzido (infusão) na cavidade abdominal através de um cateter, onde permanece algumas horas, permitindo a transferência/troca de água e das substâncias nocivas do sangue para a solução, sendo posteriormente drenado;
- Necessita de um cateter abdominal permanente;



- É muito importante uma higiene cuidada aquando dos tratamentos, para a prevenção de complicações;

- Pode ser:
 - Manual: **Diálise Peritoneal Contínua Ambulatória (DPCA)** - Efetua-se durante o dia e as trocas são realizadas pelo próprio (3 a 5 vezes por dia);



- Através de uma máquina (cicladora): **Diálise Peritoneal Automática (DPA)** - É realizada durante a noite, sendo as trocas efetuadas por uma máquina, enquanto dorme;



Habitualmente é um tratamento bem tolerado mas podem surgir intercorrências, sendo as mais frequentes:

- Hipotensão (baixa de tensão arterial);
- Náuseas;
- Vómitos;
- Cãibras;

Tem como vantagens:

- O tratamento é realizado por profissionais especializados;
- Permite maior socialização entre as pessoas;
- É realizado cerca de 3 vezes por semana;
- Não necessita de material em casa;

Tem como desvantagens:

- Tem de cumprir um horário fixo de tratamento;
- É necessário deslocar-se cerca de 3 vezes por semana ao centro de diálise;
- É necessário um acesso ao aparelho circulatório permanente;
- Acumulação de toxinas e de líquidos entre os dias de hemodiálise;
- Implica cumprir uma dieta e uma restrição de líquidos mais rigorosa.

Técnicas de substituição da função renal



HEMODIÁLISE

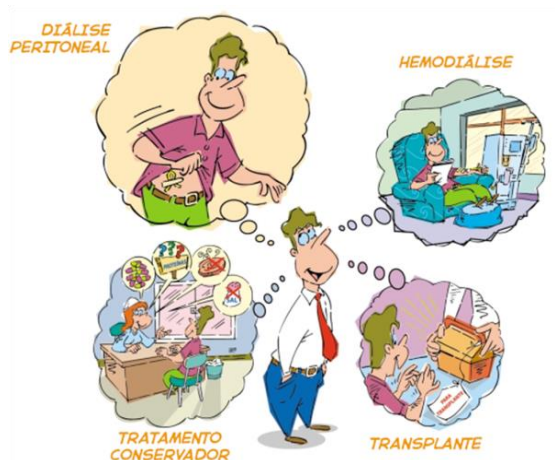
CONSULTA DE ESCLARECIMENTO

2015

TÉCNICAS DE SUBSTITUIÇÃO DA FUNÇÃO RENAL

Na doença renal crônica, a função renal deteriora ao longo do tempo, alcançando um estadio em que se torna necessária a realização de um tratamento que permita substituir a função de filtração dos rins. As técnicas existentes são:

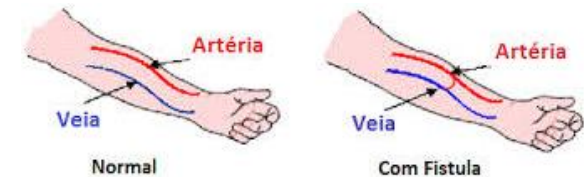
- Diálise { Diálise peritoneal
Hemodiálise
- Transplante renal
- Tratamento médico conservador



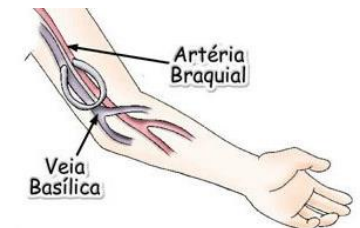
HEMODIÁLISE

- Tratamento realizado em centro de diálise ou num hospital com a especialidade, sendo monitorizado por enfermeiros;
- Com o auxílio de uma máquina, remove as substâncias nocivas do sangue e os líquidos em excesso, através de um filtro artificial;
- A máquina possui uma bomba que permite puxar o sangue do organismo, passando-o pelo filtro onde é filtrado, entrando novamente no organismo – este circuito denomina-se circuito extracorporeal;
- São habitualmente realizadas três sessões por semana, em dias alternados, com a duração de cerca de 4 horas de tratamento;
- Há possibilidade de realizar hemodiálise noturna em alguns centros e existe hemodiálise domiciliária;
- É possível manter uma atividade profissional regular, embora tenha que haver adaptação dos horários, para cumprir os dias de tratamento;

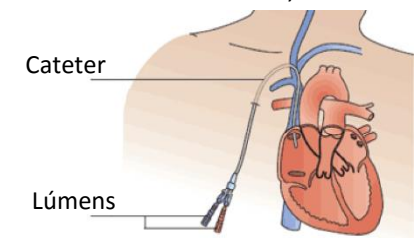
- Para a realização de hemodiálise é necessário um acesso ao aparelho circulatório, que pode ser:
 - Fístula arteriovenosa – consiste na união de uma artéria a uma veia (tipo de acesso preferencial);



- Prótese arteriovenosa – consiste na colocação de material sintético a unir uma artéria a uma veia;



- Cateter de hemodiálise;



APÊNDICE VII – RESPOSTAS DOS PARTICIPANTES AO QUESTIONÁRIO

PERGUNTA	RESPOSTAS
<p>Tendo em conta a sua experiência na área, qual é a importância do enfermeiro na consulta de esclarecimento?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • É muito importante; uma das nossas funções é o ensino tanto do cuidador principal como do doente.Q1 • Alta. O enfermeiro deve e faz parte da equipa multidisciplinar que vai orientar e ensinar o doente na sua condição de doente renal. Alimentação, dúvidas com a medicação, cuidados com o acesso, muitas vezes apoio psicológico.Q2 • Ensinar o utente relativamente às várias técnicas existentes. Esclarecer as dúvidas e realiza o ensino sobre a dieta.Q3 • Na minha opinião o Enfermeiro desempenha um papel fundamental, juntamente com os restantes técnicos da equipa multidisciplinar, uma vez que os doentes referem a esta classe, factos que não referem a mais ninguém Sinto também, que na consulta de Enfermagem, os doentes não se sentem pressionados pelo tempo, e falam abertamente das suas dúvidas e receios. O Enfermeiro tem também um papel muito importante na relação que se estabelece, e na qual os doentes sentem segurança e confiança.Q4 • O papel do enfermeiro é de extrema importância! O que eu sinto é que, em algumas ocasiões o nefrologista, quando faz a exposição das terapias de substituição renal, tende (ainda que inconscientemente) a direccionar o discurso numa ou noutra direção e às vezes até dão ideias que não correspondem, na totalidade, á realidade. A título de exemplo: a maioria dos doentes quando chega à nossa consulta (e quando digo nossa refiro-me obviamente aos enfermeiros) vem muito com a ideia de que se pode optar por técnica manual ou por técnica automática dentro da diálise peritoneal e isto não é inteiramente verdade. Na unidade de DP deste hospital, os doentes começam todos com técnica manual e só posteriormente, se reunidas as condições necessárias, passam para técnica automática. Outra das situações em que o papel do enfermeiro é fulcral é no esclarecimento das dúvidas dos doentes. Quero com isto dizer que, quando o nefrologista faz a apresentação das terapias de substituição renal, tende a utilizar linguagem demasiado técnica que nem sempre os doentes compreendem mas sentem vergonha de o dizer. De uma forma simplista, o papel do enfermeiro na consulta de esclarecimento é “servir” de facilitador na compreensão da informação por parte do doente, quer seja no esclarecimento de dúvidas que tenham surgido após a primeira abordagem, quer na transmissão da cronologia em que as “coisas” devem acontecer, isto é, dizer como é que é o dia-a-dia de cada uma das terapias;

	aproximar o que na cabeça do doente não passa de uma suposição daquilo que poderá vir a ser a sua realidade. Q5
PERGUNTA	RESPOSTAS
Enquanto enfermeiro e durante as consultas de esclarecimento, que dificuldades sente?	<ul style="list-style-type: none"> • Sem dúvida o tempo que a equipa tem para explicar todos os tratamentos e cuidados que precisam ter como doentes renais.Q1 • Pouca participação, interação. Nas nossas consultas o enfermeiro muitas vezes limita-se a fazer o ensino sobre a alimentação e nas consultas subsequentes limita-se a estar.Q2 • Relativamente à equipa multidisciplinar só existe médico e enfermeiro. O enfermeiro é polivalente. Após a apresentação dos slides médicos, o enfermeiro esclarece dúvidas e faz ensinamentos da dieta. A maioria dos doentes são idosos e têm mais dificuldade em compreender. É necessário várias sessões de esclarecimento.Q3 • Nalguns casos sinto dificuldade em fazer ver que o intuito da consulta é apenas informar, e dou com doentes a colocar aquela questão: “O que acha que devo escolher?” ou “O que é melhor para mim?”Q4 • Não é bem uma dificuldade... é mais uma preocupação. A minha principal preocupação é transmitir a informação de forma clara e concisa para que o doente possa optar (no caso de ainda não o ter feito) ou sentir-se seguro com a informação de que dispõe (quando já optou e a consulta é direcionada para a terapia optada), tendo em conta a idade do doente. Ainda assim, se quisermos falar de dificuldades, talvez possa referir o facto de nem sempre conseguir transmitir aos doentes mais pessimistas, ou melhor, os que lidam pior com a necessidade de terem que começar diálise, que o início do tratamento não deve ser encarado como algo de negativo (ou até punitivo), mas tentar que vejam as “coisas boas” que daí advém. O esforço é grande, mas nem sempre superado, principalmente quando estamos perante uma pessoa lúcida, orientada, com vida social, profissional e familiar e nos diz taxativamente que a ter que começar diálise, antes darem um tiro na cabeça! Não é fácil! É uma sobrecarga emocional tremenda! Nunca se sabe como vai ser: tanto pode ser fácil, quase como uma conversa entre amigos, como de extrema dificuldade, em que a prioridade é acalmar a pessoa e só depois transmitir a informação.Q5

PERGUNTA	RESPOSTAS
Enquanto enfermeiro, que dificuldades sente que os doentes têm?	<ul style="list-style-type: none"> • Principalmente em perceber toda a informação.... são muitas mudanças e muitos mitos que existem na área de diálise. O primeiro dia é um “schok” para o doente pelo que não é um bom momento para aprender nada.... Os conhecimentos que têm são adquiridos na rua, interiorizando os mitos e ideias erradas.Q1 • Falta de informação. Desconhecimento sobre a doença ou tratamentos. Medo no futuro, a depender de uma máquina para sobreviver. Mudança no estilo de vida. Dependência.Q2 • Os doentes têm dificuldades na compreensão das técnicas, dos acessos e da própria doença. É sempre o enfermeiro que transmite a informação. A maioria são idosos e têm dificuldade em compreender a situação.Q3 • Tentar encaixar na sua realidade pessoal, a dialise, qualquer que seja a técnica. Muitas vezes os doentes chegam, com a ideia que se calhar nunca irão precisar de diálise. Outra característica, é que quando vêm precocemente, e ainda não têm sintomatologia, é-lhes difícil aceitar a doença e logo o tratamento. Por outro lado se vêm num estágio muito avançado a escolha pode ser emergente, o que nunca é bom.Q4 • A maior dificuldade que eu sinto que os doentes têm, porque até o verbalizam, é terem que opinar sobre a terapia que irão fazer! Muitos ainda questionam a nossa opinião, sendo que nunca ficam satisfeitos com a nossa não resposta! Acho que, apesar de tudo, tem vindo a melhorar, talvez devido á faixa etária dos doentes que vêm á consulta ser mais baixa e consequentemente terem mais acesso a todo o tipo de informação através da internet. No entanto, esta questão da internet é, por assim dizer, “um pau de dois bicos”. Quando se faz pesquisa na internet, nem sempre encontramos o que estamos á procura, isto se não se utilizarem as palavras-chave certas; perante tanta informação encontrada, é difícil os doentes filtrarem o que vale e não a pena. Também é por isso que nós cá estamos – facilitadores da informação!Q5
PERGUNTA	RESPOSTAS
	<ul style="list-style-type: none"> • Pessoalmente, acho que sim. A equipa multidisciplinar são os médicos, enfermeiros, auxiliar.... Fica muito bem durante a escola, mas a realidade é outra. Outro ponto muito importante é que com os médicos existe um sentimento de respeito/medo e é uma barreira para

<p>Conhece a norma 017 da DGS? Trouxe algum benefício para o papel do enfermeiro? Porquê?</p>	<p>o doente perguntar qualquer dúvida. Com o enfermeiro esse problema não existe.Q1</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sim. Norma recente. Acho que de Novembro de 2014. Descreve o conteúdo das consultas de esclarecimento e as diferentes técnicas de substituição, assim como transplante e tratamento conservador. Benefícios: orienta a consulta do ensino ao doente.Q2 • Sim. Não considero que tenha trazido nenhum benefício porque, o enfermeiro de nefrologia já tem por princípio ensinar todos os passos relativos à especialidade aos doentes. A norma só está mais detalhada e orienta as consultas.Q3 • Sim, conheço a norma. Em relação à minha experiência, com a consulta de esclarecimento, não trouxe nenhum benefício, uma vez que a referida consulta há muito tempo que se encontra estruturada com a norma refere, logo o Enfermeiro sempre teve um papel ativo na mesma. Com outras realidades, penso que o papel do Enfermeiro saiu reforçado dentro da equipa multidisciplinar.Q4 • Obviamente que conheço a norma! Para dizer sinceramente, benefício para nós, nem por isso. Afirmando-o tendo em conta a minha experiência nesta unidade e devido ao facto de a consulta de esclarecimento ser uma realidade de alguns anos a esta parte, ainda antes da entrada em vigor da norma, em 2011. A consulta foi sendo reestruturada ao longo dos anos, é certo, mas o enfermeiro sempre fez parte da equipa multidisciplinar.Q5
---	---